Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Annegret Behrends **Dr. med. Sven Schönfelder**

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Jacobstraße 5, 04105 Leipzig, Tel.: 30 18 760, Fax: 30 18 761

www.kinderpsychiatrie-bs-leipzig.de

GP Dr. Behrends/Dr. Schönfelder Jacobstr. 5, 04105 Leipzig

Behandlungsvertrag

zwischen bzw.

--- ---

Name des Kindes/ Jugendlichen **(bitte in Druckbuchstaben)**

Name des Sorgeberechtigten/Aufsichtspflichtigen **(bitte in Druckbuchstaben)**

und der Gemeinschaftspraxis Dr. med. A. Behrends und Dr. med. S. Schönfelder.

Die Erfahrungen der letzten Jahre führten uns - im Interesse eines optimalen Behandlungs- und Praxisablaufes - zum Abschluss von Behandlungsverträgen mit **jedem** Patienten.

Um einen erfolgreichen Behandlungsverlauf erreichen zu können, sind regelmäßige Therapiesitzungen des Klienten und/oder der entsprechenden Bezugspersonen mit dem Therapeuten oder einem Mitarbeiter der Praxis erforderlich.
Dafür werden Termine in Zeiteinheiten von 30 Minuten bis 60 Minuten (für Diagnostik auch länger möglich) je nach Bedarf vereinbart. Diese Zeit wird personenbezogen ausschließlich für Sie bzw. dich bereitgehalten. Deshalb sollte schon bei Terminplanung sehr sorgfältig die Wahrnehmbarkeit der Sitzung erwogen werden.

Beide Seiten verpflichten sich hiermit zur Einhaltung der vereinbarten Termine. Absagen bzw. Verlegungen sind in dringenden Fällen bis 24 Stunden vor dem Termin möglich. Da bei Absagen von weniger als 24 Stunden vor dem Termin eine anderweitige Vergabe aus organisationstechnischen Gründen nur schwer möglich ist, wird Ihnen eine pauschale Verdienstausfallentschädigung von **19 Euro** in Rechnung gestellt. Bei unentschuldigtem Fernbleiben beträgt die Pauschale **38 Euro**. Jugendliche bzw. junge Erwachsene im Alter von 16 bis 21 Jahren bezahlen jeweils den halben Betrag.
Dieser Vertrag trifft auch auf Termine zu, die mit allen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vereinbart wurden, einschließlich Gruppenbehandlungen.
Der Betrag ist binnen einer Woche nach dem verlegten bzw. versäumten Termin **bar in der Praxis** zu entrichten. Sie erhalten dafür eine Quittung. **Bereits vereinbarte Folgetermine finden nur nach Entrichtung des Praxisausfallhonorars statt.**

Die Unterzeichnenden erklären verbindlich die Einhaltung der o. g. Verhaltensweisen.

Leipzig, den

---	---	---	---
Kind/Jugendlicher	Sorgeberechtigter/ Aufsichtspflichtiger	Dr. med. A. Behrends	Dr. med. S. Schönfelder