

Katerina Velitsianou
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Hennenbühlstr. 17
85051 Ingolstadt
Tel. 0841/8854700
Fax 0841/88547010

Patient:

Geb.:

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

Sie haben bei uns einen Termin für eine Erstvorstellung vereinbart. Da die Termine für Sie reserviert sind, ist es wünschenswert, dass vereinbarten Termine wahrgenommen werden beziehungsweise Bescheid gegeben wird, falls Sie zum Termin verhindert sein sollten.

Wir sind sicher, es findet Ihr Verständnis, dass wir darauf bestehen müssen, dass Sie mindestens 24 Stunden vorher absagen, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können.

Andernfalls müssten wir diesen mit 40 € in Rechnung stellen.

Bitte teilen Sie uns, sofern Sie eine E-Mail- Adresse haben, diese auf dem Schreiben mit.

E-Mail-Adresse _____

Sofern Sie mit einer Nachricht über eine Terminerinnerung benachrichtigt werden wollen, machen Sie bitte ein Kreuz in dem Kästchen.

ja nein

Da es erforderlich ist, dass alle sorgeberechtigten Elternteile einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung zustimmen, bitten wir Sie, dies durch die **Unterschrift aller Sorgeberechtigten** zu bestätigen.

Falls Sie das alleinige Sorgerecht haben, vermerken Sie dies bitte.

Bitte lassen Sie uns diesen Bogen **spätestens zwei Wochen** nach ihrer Anmeldung zukommen. Andernfalls müssten wir den Termin anderweitig vergeben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Erklärung:

Hierdurch bestätige ich, dass ich den obigen Inhalt zur Kenntnis genommen habe und der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung zustimme.

Datum

.....

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Termine	Datum	Uhrzeit
Erstvorstellungstermin		
Diagnostiktermin		
Diagnostiktermin		
Diagnostiktermin		
Befundtermin		

Bitte bringen Sie zum Erstvorstellungstermin

- die Zeugnisse - in Kopie - (ab der 1. Klasse)
 - das gelbe Untersuchungsheft
 - die Versichertenkarte
 - sowie ein aktuelles Bild für unsere Akte
- mit.