



MVZ am Klinikum Rheine GmbH - KJP - Frankenburgstr. 31 - 48431 Rheine

**MVZ
am Klinikum Rheine GmbH**

Behandlungsvertrag

**Praxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Dr. med. Mathura Vigneswaran
Fachärztliche Leitung

Frankenburgstraße 31
48431 Rheine

Telefon: 05971 94361-20
Telefax: 05971 94361-21
E-Mail: kjp-rheine@mathias-mvz.de

Hiermit bestätige/n ich/ wir, _____ als
Sorgeberechtigte/r, dass ich/wir mit der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen
sowie –psychotherapeutischen Behandlung meines/ unseres Kindes
_____, geb. am _____ und wohnhaft in
_____ im MVZ am Klinikum Rheine GmbH, Fachbereich Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einverstanden sind.

Mir/Uns wurde erläutert, dass es sich bei der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und –psychotherapie im MVZ am Klinikum Rheine GmbH um eine reine Bestellpraxis
handelt. Vereinbarte Termine sind somit verbindlich für mich/uns reserviert und können
kurzfristig nicht neu vergeben werden. Daher müssen Terminabsagen **mindestens 24
Stunden vorher** erfolgen. Termine an einem Montag müssen spätestens am
vorausgehenden Freitag abgesagt werden. Im akute Krankheitsfall muss der Termin bis
spätestens 09.00h telefonisch oder schriftlich abgesagt werden.

Ich/ Wir bin/sind einverstanden, dass bei zu kurzfristiger Terminabsage eines Erst- oder
Wiedervorstellungstermins ein Ausfallhonorar in Höhe von bis zu 50€ in Rechnung
gestellt wird, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte. Das
Ausfallhonorar wird nicht von den Kostenträgern der Behandlung übernommen.

Um die kinder- und jugendpsychiatrische und/oder –psychotherapeutische Behandlung
durchführen zu dürfen, benötigen wir vorab das schriftliche Einverständnis aller
Sorgeberechtigter.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Sorgeberechtigte/r