

Dr. med. Sabine Ganssaue
FÄ für Kinder- & Jugendpsychiatrie & -psychotherapie
Bornhövedstraße 78b
19055 Schwerin



SOZIALPSYCHIATRISCHE PRAXIS
FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Behandlungsvertrag für gesetzlich versicherte Patienten:Innen

Zwischen
dem Patienten/ der Patientin: _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

bzw. dessen/ deren Sorgeberechtigten
Mutter/Vater: _____

Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer

Vater/ Mutter: _____

Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer

Andere: _____
Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer

und Frau Dr. med. S. Ganssaue, Sozialpsychiatrische Praxis, Bornhövedstraße 78b, 19055 Schwerin,

wird hiermit ein Behandlungsvertrag zur fachärztlichen kinder- und jugendpsychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. sozialpsychiatrischen Behandlung geschlossen.

Das Sorgerecht wird ausgeübt von:

☐ beiden Eltern ☐ Mutter allein ☐ Vater allein ☐ Anderen: _____

Ich bin darüber informiert, dass eine Behandlung in dieser Praxis das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern erfordert. Dies betrifft sowohl zusammen als auch getrennt lebende Eltern. Sofern noch nicht geschehen, werde ich den/die andere(n) Sorgeberechtigte(n) über die Behandlung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Seite 1 von 2

Die Honorierung der ärztlichen Behandlung erfolgt entsprechend den Vorgaben der kassenärztlichen Vereinigung über die gesetzlichen Krankenkassen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung laut §85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V). Danach ist eine gleichzeitige Behandlung innerhalb eines Quartals in einer anderen Sozialpsychiatrischen Praxis, in der Institutsambulanz einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (KJP) bzw. in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) nur in besonderen Ausnahmefällen möglich.

Ich bestätige hiermit, dass aktuell keine parallele Behandlung in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, einer KJP-Institutsambulanz oder einem SPZ erfolgt. Sollte diese geplant sein, werde ich die Praxis darüber informieren.

Alle Mitarbeitenden der Praxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Praxis arbeitet gemäß der EU-Datenschutzverordnung, Rechtsgrundlage für die Verarbeitung elektronischer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Eine Erläuterung hierzu liegt in der Praxis aus oder kann auf unserer Internetseite eingesehen werden, die Unterschrift unter diesem Vertrag beinhaltet eine entsprechende Einwilligung.

Die Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem, die Vertragsparteien verpflichten sich, die vereinbarten Termine einzuhalten. In der Regel finden nach der sozialpsychiatrischen Vereinbarung pro Quartal ein Kontakt mit der Ärztin, einer mit einem/r Mitarbeiter:In des therapeutischen Teams und mindestens ein weiterer Termin statt. Abweichungen können individuell vereinbart werden. Kann ein Termin von Seiten des Patienten / der Patientin bzw. der entsprechenden Bezugsperson nicht eingehalten werden, wird um frühzeitige Information, spätestens aber zum vorherigen Arbeitstag (Montag bis Freitag) innerhalb der Sprechstundenzeit gebeten. Dies betrifft auch Termine, die beim nichtärztlichen Personal der Praxis vereinbart wurden. Andernfalls wird entsprechend § 615 BGB ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,- € privat in Rechnung gestellt. Das Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn nachgewiesen wird, dass ein Nichterscheinen unverschuldet war. Das Honorar ist spätestens 30 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Dieses Ausfallhonorar ist vom Patienten / von der Patientin bzw. Erziehungsberechtigten / Stellvertreter:In selbst zu entrichten.

Bitte lassen Sie sich einen Terminzettel geben und heben Sie diesen auf!

Ein Abdruck dieser Vereinbarung ist mir ausgehändigt worden. Ich habe die getroffene Vereinbarung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Schwerin, den _____

Unterschrift Patient:In (bei Volljährigkeit)/
Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Dr. med. S. Ganssaue
Fachärztin für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie