

Katerina Velitsianou  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie

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

Patient/in : .....

Geboren am: .....

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten/innen,

Sie haben bei uns einen Termin für eine Erstvorstellung vereinbart. Da die Termine für Sie reserviert sind, ist es wünschenswert, dass vereinbarte 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** \_\_\_\_\_

**Hiermit erteile ich mein Einverständnis, dass die Praxis mich per E-Mail über Termine benachrichtigt und mit mir per E-Mail bei Bedarf kommunizieren darf.**

☐ Einwilligung

☐ keine Einwilligung

Mir ist bewusst, dass bei der Kommunikation per E-Mail personenbezogene Daten (einschließlich Gesundheitsdaten) übermittelt werden können und dass ein Restrisiko des unbefugten Zugriffs besteht. Ich entbinde die Praxis insoweit auf eigene Gefahr von der Schweigepflicht, soweit dies für den E-Mail-Versand erforderlich ist.

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.

**Erklärung:**

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften aller Sorgeberechtigten/Bevollmächtigten/Vormund/  
Jugendliche

| <b>Termine</b>         | <b>Datum</b> | <b>Uhrzeit</b> |
|------------------------|--------------|----------------|
| Erstvorstellungstermin |              |                |
| Diagnostiktermin       |              |                |
| Diagnostiktermin       |              |                |
| Diagnostiktermin       |              |                |
| Befundtermin           |              |                |