

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Datum der Erstvorstellung in der Praxis:

Name der Sorgeberechtigten:

- Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns mit der Untersuchung/ Behandlung meines/unseres Kindes in der o.g. Praxis einverstanden.
- Die Patienteninformation habe/n ich/wir gelesen. Mir/ uns ist bekannt, dass vereinbarte Termine, die nicht innerhalb von 24 Stunden abgesagt werden, mir/ uns in Rechnung gestellt werden.

Der abwesende Sorgeberechtigte ist ebenfalls mit der Untersuchung/ Behandlung meines Kindes in der o.g. Praxis einverstanden.

Ort, Datum:

Mutter

Vater

Für den Fall des alleinigen Sorgerechts:

Ich erkläre, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r des o.g. Kindes bin.

Ort, Datum:

Mutter/ Vater

Nur für Privatpatienten:

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass ich/wir von der Praxis für die erbrachten Leistungen Rechnungen nach GOÄ erhalte/n und verpflichte/n mich/uns, diese – **unabhängig von der Erstattung durch die private Krankenkasse- innerhalb von 4 Wochen nach Rechnungsdatum ohne Abzüge** zu begleichen.

Ort, Datum:

Sorgeberechtigte