

### **Einwilligungserklärung 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.

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:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter/ Vater

Die Sorgeberechtigten können jederzeit ohne Angabe von Gründen von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf mündlich, per Post, per E-Mail, per Fax oder Telefon übermitteln.

#### **Behandlungsbedingungen unserer Praxis**

- 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter/ Vater

#### **Nur für Privatpatienten:**

Hiermit verpflichte/n ich mich/ wir uns, die von der Praxis für die erbrachten Leistungen gestellten Rechnungen nach GOÄ – **unabhängig von der Erstattung durch die private Krankenkasse** – **innerhalb von 2 Wochen nach Rechnungsdatum** ohne Abzüge zu begleichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte