

Dr. med. Siegrid Seißler

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Fachärztin für psychotherapeutische Medizin

Katerina Velitsianou

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Patient: _____

Geburtstag: _____

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

Sie haben bei uns einen Termin für eine Erstvorstellung vereinbart. Da die Termine für Sie reserviert sind, ist es wünschenswert, dass die vereinbarten 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: _____

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.

Bitte bringen Sie folgende Dokumente zum Erstvorstellungstermin mit:

- die Zeugnisse (ab der 1. Klasse)
- das gelbe Untersuchungsheft
- die Versichertenkarte
- sowie ein aktuelles Bild für unsere Akte

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Erklärung:

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

Datum Unterschrift aller Sorgeberechtigten