



PRAXIS DR. SEISSLER HENNENBÜHLSTRASSE 17 85051 INGOLSTADT TEL.: 0841-8854 700 FAX: 0841-8854 7010

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.

Email : \_\_\_\_\_

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.

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