

**Praxis Dr. med. Gülnur Tasci**  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie

Altenbrucher Damm 15  
47249 Duisburg

Tel.: 0203-488 00-220  
Fax: 0203-488 00-221

info.kinderpsychiatrie-tasci@gzs-du.de

### Behandlungsvertrag

zur Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Dr. med. G. Tasci

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel (siehe unten), in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Dr. med. G. Tasci behandelt wird:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Hauptwohnsitzes des Kindes (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummern: **Festnetz und Mobil**, Email

Das Sorgerecht haben/hat (bitte Zutreffendes ankreuzen):

beide Eltern     nur die Mutter     nur der Vater

andere: Name, Vorname: \_\_\_\_\_ ggf. Amt: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte/r:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon: Festnetz und Mobil, Email

\_\_\_\_\_  
Adresse falls abweichend (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Ausübung der gemeinsamen Sorge bei getrennt lebenden Eltern

Nach BGB §1687 heißt es: "Leben Eltern, denen die elterliche Sorge gemeinsam zusteht, nicht nur vorübergehend getrennt, sind bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, ihr gegenseitiges Einvernehmen erforderlich". Eine Behandlung in einer Praxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie zählt zu diesen Angelegenheiten. Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit der anderen sorgeberechtigten Person in Verbindung setzen, sie über das Erstgespräch informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis sofort darüber informieren und das weitere Vorgehen abstimmen. Außerdem bin ich mit eventuellen Aufzeichnungen/ Speicherung von Ton- und Videoaufnahmen einzelner Sitzungen zu Lehr- und Studienzwecken einverstanden. Diese werde nicht an Dritte weitergegeben. Bereits vereinbarte Termine sage ich telefonisch (Anrufbeantworter) oder per Email ab. **Ich wurde darüber informiert, dass weniger als 48 Werktagsstunden vorher abgesagte Termine unabhängig vom Grund des Fernbleibens, mir privat mit 40 Euro in Rechnung gestellt werden.**

**Atteste, die in Form von Wunschleistungen vom Patienten angefordert werden, dürfen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Atteste sind gemäß §11 der vom 73. Deutschen Ärztetag beschlossenen Berufsordnung honorarpflichtig, deshalb ist eine kostenfreie Erbringung dieser Leistungen aus berufsrechtlichen Gründen nicht statthaft.**

Duisburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter (Kindsvater)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte (Kindsmutter)