



## Therapievereinbarung (TVB)

**Name des\*der Patient\*in:**

**Geburtsdatum des\*der Patient\*in:**

**Wohnadresse des\*der Patient\*in:**

**Name der Sorgeberechtigten:**

**Wohnadresse der Sorgeberechtigten:**

Als Psychiatriezentrum für Kinder und Jugendliche arbeiten wir zur Verbesserung der Versorgungsqualität unserer Patienten mit festen Terminen. Mit Ihnen und Ihrem Kind vereinbarte Termine halten wir verbindlich für Sie und für Ihr Kind frei. Wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sollten Sie rechtzeitig absagen, damit dieser Termin an einen anderen Patienten vergeben werden kann. **Es warten sehr viele Patienten auf einen freien Termin.**

Der\*die Unterzeichner\*in dieser Therapievereinbarung trägt die Verantwortung für die Einhaltung der vereinbarten Termine, und bei Verhinderungen ist verpflichtet, die vereinbarten Termine spätestens 48 Stunden vor dem entsprechenden Terminzeit abzusagen. Sie können uns sowohl telefonisch als auch per E-Mail informieren. Bei späteren Absagen der Termine oder Nichterscheinen zu den Terminen erklären Sie sich damit einverstanden, eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 Euro pro Einzeltermin, und von 100 Euro pro Doppeltermin zu zahlen.

Sie erklären sich als der\*die Unterzeichner\*in mit dieser Therapievereinbarung einverstanden.

### Parallele Behandlungen

**Wir nehmen der sozialpsychiatrischen Versorgung teil. Eine parallele Behandlung von Versicherten in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz sowie einer anderen Sozialpsychiatrie-Praxis ist grundsätzlich nicht möglich. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich auch, dass für den\*die angemeldete/-n Patient\*in eine solche parallele Behandlung nicht der Fall ist. Bei Unklarheiten wenden Sie sich an unser Team.**

**Name:**

**Ort, Datum, Unterschrift:**