



Sozialpsychiatrische
Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Stefan Hagenhoff
Dr. med. Helga Terwey-Weber
Dr. med. Okka Cielejewski

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychosomatik und -psychotherapie]



WICHTIGE PRAXISINFORMATION

über die gesamte Diagnostik- und Behandlungszeit

in unserer sozialpsychiatrischen Gemeinschaftspraxis

Sehr geehrte Eltern, Sorgeberechtigte und VormünderInnen.

Sie stellen Ihre Tochter / Ihren Sohn / Ihr Mündel _____, **geb.** _____
erstmals in unserer überörtlichen Gemeinschaftspraxis „Am Bagno“ / „In der alten Spinnerei“ vor.
In der Regel werden nach dem diagnostischen Ersttermin noch weitere diagnostisch-therapeutische
Termine notwendig werden. Diese dienen zunächst dem Kennenlernen und der Untersuchung Ihres
Kindes oder Jugendlichen, ggf. auch Ihrer Familie.
Die nach dem Erstgespräch weiter vereinbarten Termine gelten sowohl seitens der Praxis wie auch
seitens der Patientenfamilien als verbindlich.

Unsere Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem. Sie ist so durchorganisiert, dass wir mit längeren
Terminvorläufen planen. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich in Bezug auf Ihr Kind,
Jugendlichen oder Mündel reserviert wird und Ihnen oder Ihrem Kind in aller Regel längere
Wartezeiten erspart bleiben; in unserer Praxis finden somit keine Termin-Doppelbelegungen statt.
Zudem bietet das System den Vorteil, dass Sie sich organisatorisch im Voraus besser auf den Termin
Ihres Kindes/Jugendlichen einstellen können.

In der Konsequenz heißt dies jedoch auch, dass Sie, wenn Ihr Kind/Jugendlicher/Mündel oder Sie
vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens **bis 24 Stunden vorher** absagen
müssen, damit wir die in Bezug auf Ihr Kind/Jugendlichen vorgesehene Zeit noch anderweitig
verplanen können.

Sollten Sie die Termine nicht rechtzeitig absagen, so wird Ihnen die vorgesehene Zeit und die
Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §§ 615 BGB von uns in Rechnung gestellt werden; das
Ausfallhonorar wird unsererseits mit dem Multiplikator 50,00 Euro pro vereinbarter Stunde berechnet.

Bitte beachten Sie: dieses Ausfallhonorar ist seitens Ihrer Krankenkasse nicht erstattungsfähig und
somit von Ihnen selbst zu tragen!

Durch Ihre rechtzeitige Absage ermöglichen Sie anderen Kindern, Jugendlichen oder Familien, einen
dringend gewünschten und erforderlichen Termin frühzeitiger zu erhalten.

Auch weisen wir jetzt bereits darauf hin, dass die weiteren **Diagnostiktermine in der Regel
vormittags** vereinbart werden, da die Nachmittagstermine in unserer Praxis für laufende Therapien
und Behandlungen reserviert sind, damit die betreffenden Kinder oder Jugendlichen nicht zu häufig in
der Schule oder Ausbildung fehlen müssen. Zudem sind gewisse Entwicklungsuntersuchungen auch
nur vormittags fachlich aussagekräftig durchzuführen.

Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis

Am Bagno
Tecklenburger Straße 34
48565 Steinfurt
Fon 0 25 51 /86 21 44
Fax 0 25 51 /86 21 45
www.kinderpsychiatrie-steinfurt.de

In der alten Spinnerei
Graf-Egbert-Straße 19
48465 Schüttorf
Fon 0 59 23 / 99 490 42
Fax 0 59 23 / 99 566 37

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE25 3006 0601 0069 9407 82



Außerdem möchten wir betonen, dass wir Ihr Kind nur dann zur Diagnostik oder Therapie in Empfang nehmen können, wenn uns eine für das jeweilige Quartal gültige Überweisung oder die Versichertenkarte Ihres Kindes vorliegt. Sollte uns diese „Eintrittskarte“ nicht bis spätestens zum zweiten vereinbarten Termin eines Quartals vorgelegt werden, so haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir Ihr Kind an diesem Termin nicht untersuchen oder behandeln können.

Sollte uns die Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal nicht vorgelegt worden sein, so werden wir Ihnen die entsprechenden Kosten gemäß der Vorgaben der Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe oder der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen privat in Rechnung stellen müssen; die Rechnungsstellung erfolgt dann als Privatrechnung gemäß der aktuellen ärztlichen Gebührenordnung GOÄ.

Wir möchten Sie zudem darüber informieren, dass unter bestimmten Umständen auch in einem neuen Quartal **in Absprache mit Ihnen** von uns noch Leistungen für Ihr Kind, ihre/n Jugendliche/n oder Mündel erbracht werden, ohne dass es möglicherweise zu einem persönlichen Kontakt innerhalb unserer Praxis gekommen ist. Diese Leistungen beziehen sich erfahrungsgemäß häufig auf weitere Absprachen oder einen Austausch mit anderen Institutionen, Schulen, Kindergärten, etc.. Wir weisen Sie freundlich darauf hin, dass wir auch für diese indirekten Leistungen für die Patientin/den Patienten zwingend die Versicherungskarte benötigen, welche wir bei Erbringung oben genannter Leistungen von Ihnen ggfs. nochmals anfordern müssen.

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Frage:

Befindet sich Ihr Kind derzeit in einer anderen sozial-psychiatrischen Praxis, in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz oder in einem sozial-pädiatrischen Zentrum (SPZ) zur Diagnostik oder Therapie?

- ja
- nein

Falls ja, wo:

Die oben gestellte Frage ist von besonderem Interesse, da die gesetzlichen Krankenkassen nur maximal für ein Quartal bereit sind überlappende Diagnostiken oder Therapien in den oben genannten, aus Krankenkassensicht ähnlichen Gesundheitsdienstleistungen, zu bezahlen.

Einverständniserklärung:

Ich habe / Wir haben als Sorgeberechtigte/r oder Vormund/Vormundin das oben Ausgeführte zur Kenntnis genommen und bin / sind damit einverstanden, dass die überörtliche *Gemeinschaftspraxis „Am Bagno“ / „In der alten Spinnerei“ Dr.med. Hagenhoff / Dr.med. Terwey-Weber / Dr.med. Cielejewski* bei nicht erfolgter frühzeitiger Absage (spätestens 24 Stunden vorher) fest reservierter Behandlungstermine für meine Tochter / meinen Sohn / mein Mündel mir/uns ein Ausfallhonorar von 50,00 € pro vereinbarter Stunde in Rechnung stellen wird.

Ich bin / Wir sind weiterhin darüber informiert, dass dieses Ausfallhonorar weder von meiner/unseren gesetzlichen noch privaten Krankenversicherung erstattet werden kann.

Zudem wurde(n) ich/wir schriftlich in Kenntnis gesetzt, dass bei Nicht-Vorlage der gesetzlichen Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Behandlungsquartal die Abrechnung über die Erstellung einer Privatrechnung nach aktueller GOÄ erfolgt.

Weiterhin wurde(n) ich/wir darüber aufgeklärt, dass bei der Erbringung auch von indirekten Leistungen in einem neuen Quartal für die Patientin/den Patienten die Versichertenkarte vorgelegt werden muss.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt nur mit Wirkung auf die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben/Vorgänge/Abmachungen bleiben dadurch rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgerechttigte/r oder Vormund/Vormundin:.....

Sozialpsychiatrische Gemeinschaftspraxis

Am Bagno
Tecklenburger Straße 34
48565 Steinfurt
Fon 0 25 51 /86 21 44
Fax 0 25 51 /86 21 45
www.kinderpsychiatrie-stiefurt.de

In der alten Spinnerei
Graf-Egbert-Straße 19
48465 Schüttorf
Fon 0 59 23 / 99 490 42
Fax 0 59 23 / 99 566 37

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE25 3006 0601 0069 9407 82

