

Hinweise zur sozialpsychiatrischen Betreuung in der Praxis

- Bitte legen Sie beim 1. Termin im Quartal ihre elektronische Gesundheitskarte zum Einlesen vor!
- Wenn Sie nach der Diagnostik für einen Zeitraum lediglich Verordnungen für Ergo- oder Sprachtherapie oder Medikamente erhalten, vereinbaren Sie bitte rechtzeitig 1x pro Quartal einen Wiedervorstellungstermin in der Praxis bei Ihrem Therapeuten und den Ärzten.
- Gleichzeitige Betreuungen im ZEUS Wolfsburg, anderen sozialpädiatrischen Zentren wie Braunschweig oder Celle, in psychiatrischen Institutsambulanzen oder einer anderen Sozialpsychiatrie-Einrichtung sind für gesetzlich Versicherte nicht zulässig - bitte sorgen Sie deshalb dafür, dass neben den Terminen hier im gleichen Quartal keine weiteren Termine in diesen Institutionen stattfinden.
- Grundsätzlich unterliegt jeder Mitarbeiter der Praxis der ärztlichen Schweigepflicht, jedoch arbeiten wir gern mit anderen Institutionen/Helfern wie Kinderärzten, Lehrern, Jugendhilfe- und Jugendamtsmitarbeitern, Ergotherapeuten, Psychotherapeuten, Lerntherapeuten etc. zusammen - wenn wir den Austausch mit diesen Personen für die Diagnostik/Behandlung sinnvoll finden, werden wir Sie um Ihr Einverständnis zur Entbindung von der Schweigepflicht bitten.

Hauptstandort:

Dannhopsweg 2
38477 Jembke
Tel. 05366 9538-0
info@mvz-ankerplatz.de

Zweigpraxen:

Lüneburger Str. 13
38518 Gifhorn
Tel. 05371 9609683
info-gf@
mvz-ankerplatz.de

Mühlenwinkel 8

38165 Lehre
Tel. 0151 59059798
info@mvz-ankerplatz.de

Betr. Absagen und Ausfallhonorar / Atteste, Berichte, gutachterliche Stellungnahmen

Wenn vereinbarte Termine (*1 Ausnahme: Musiktherapie, Psychomotorik mit Tier, Kunsttherapie) nicht eingehalten werden können, sagen Sie bitte spätestens am Vormittag des vorangegangenen Werktags telefonisch, per Fax, per E-Mail oder über App ab - nur dann haben wir die Möglichkeit, die Stunden an andere Patienten zu vergeben. Wenn Sie kurzfristiger absagen oder den Termin ohne Absage versäumen, werden die Kosten für diese für Sie reservierte Zeit nicht von den Krankenkassen übernommen. Wir werden Ihnen dann 50,00 Euro privat als Ausfallhonorar in Rechnung stellen. Diese Regelung gilt unabhängig von den Gründen, die zur Absage bzw. zum Nichterscheinen führen, z. B. auch für Krankheit, Unfall, Klassenfahrt, höhere Gewalt wie Verkehr, Wetter, defektes Auto etc.; es geht also nicht um „triftige Gründe“ oder gar Schuld am Versäumnis!

Sie dient dazu, die finanziellen Lasten zu verteilen und eine Verlässlichkeit und Verbindlichkeit für beide Vertragspartner herzustellen, die als Grundlage für eine vertrauensvolle gemeinsame psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit unerlässlich ist. Die Lasten sind also so verteilt, dass die Krankenkassen/Krankenversicherung stattgefundenene Behandlungstermine übernehmen, die Praxis für selbst abgesagte Termine haftet und die Kinder-/Jugendlichen/Bezugspersonen die Kosten für nicht rechtzeitig abgesagte Termine tragen. Sie ist rechtlich begründet mit § 615 BGB.

Da Absagen in jeder Behandlung vorkommen, ist es ratsam, dafür einen gewissen Betrag einzuplanen (z. B. 50,00 Euro pro Halbjahr). *1= Musiktherapie, Kunsttherapie und Psychomotorik mit Tier sind verpflichtende Termine, quasi als Kursprogramm. Bei Nichterscheinen (auch bei rechtzeitigen Absagen!), wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 Euro pro Std. in Rechnung gestellt. **Kosten für Atteste, Berichte, gutachterliche Stellungnahmen werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Diese stellen wir privat in Rechnung (gemäß GOA).**

Einwilligungserklärung: Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Widerrufsrecht: Die erteilte Einwilligungserklärung können Sie ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen.

Vor- und Nachname des Patienten/der Patientin

Ich habe die o.g. Bedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift volljähriger Patient oder Erziehungsvertreter