



MVZ am Klinikum Rheine GmbH - KJP - Frankenburgstr. 31 - 48431 Rheine

**MVZ
am Klinikum Rheine GmbH**

Behandlungsvertrag

**Praxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Dr. med. Mathura Vigneswaran
Fachärztliche Leitung

Frankenburgstraße 31
48431 Rheine

Telefon: 05971 94361-20
Telefax: 05971 94361-21
E-Mail: kjp-rheine@mathias-mvz.de

Hiermit bestätige/n ich/ wir, _____ als
Sorgeberechtigte/r, dass ich/wir mit der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen
sowie –psychotherapeutischen Behandlung meines/ unseres Kindes
_____, geb. am _____ und wohnhaft in
_____ bei Fr. Dr. med. Mathura Vigneswaran einverstanden sind.

Mir/Uns ist bekannt, dass vereinbarte Termine im MVZ am Klinikum Rheine - Bereich
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie als verbindlich anzusehen sind. Sollten
Sie einen Termin absagen, muss dies **mindestens 24 Stunden** vorher erfolgen. Termine
an einem Montag müssen spätestens am vorausgehenden Freitag abgesagt werden.
Umgekehrt wird die Praxis sich bemühen, vereinbarte Termine möglichst pünktlich
einzuhalten, um längere Wartezeiten zu vermeiden.

Ich/ Wir bin/sind einverstanden, dass ein Ausfallhonorar in Höhe von jeweils bis zu 50€
pro erhoben wird, sofern ein nicht wahrgenommener Termin aufgrund einer fehlenden
oder zu kurzfristigen Absage nicht anderweitig vergeben werden konnte. Dies gilt auch
für den Erstvorstellungstermin, daher muss der Behandlungsvertrag bis spätestens 14
Tage vor dem Erstvorstellungstermin der Praxis unterschrieben vorliegen. Das
Ausfallhonorar wird nicht von den Kostenträgern der Behandlung übernommen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Sorgeberechtigte/r