



Dr. med. Susanne Ahlbrecht

Fachärztin für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Dr.med.Susanne Ahlbrecht

An der Johanneskirche 2 | 31515 Wunstorf | Telefon: 05031 969899-0 Fax: 05031 969899-29

Praxisprechzeiten: Mo-Do: 08.00-18.00 Uhr

Fr: 08.00-12.00 Uhr

E-Mail: praxis@dr-ahlbrecht.de

Web: www.dr-ahlbrecht.de

Erstkontaktbogen

Liebe Eltern,

um die sozialpsychiatrische Versorgung Ihres Kindes zu ermöglichen, teilen Sie uns bitte mit, ob Ihr Kind bereits in einer Ambulanz, z. B. im Sozialpsychiatrischen Zentrum oder einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Ambulanz, eine Diagnostik erhielt oder behandelt wurde.

Nein, keine Behandlung/Diagnostik in diesem Quartal

Ja, eine Behandlung wurde im/in _____ durchgeführt.

Kontaktdaten:

Kind (Name/Vorname): _____

Hauptversicherter (Name, Vorname): _____

Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Hausarzt / Kinderarzt: _____

Gesundheitszustand:

Liegt ein Pflegegrad oder eine Behinderung vor?: () nein , () ja, welche ?

Sonstige z.B Krankheiten: _____

Medikamente: _____

() Ich habe das alleinige Sorgerecht

() Ich habe eine Vollmacht und darf allein entscheiden

() Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Datum: _____ Unterschrift des Elternteiles: _____

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank **IBAN:** DE75 3006 0601 0109 6180 23 **BIC:** DAAEDEDXXX



Dr. med. Susanne Ahlbrecht

Fachärztin für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Absageregelung

Liebe Patienten,

wir möchten Sie noch auf unsere **Absageregelung** aufmerksam machen und bitten darum möglichst früh abzusagen.

Zurzeit bestehen bei uns für Erstkontakte, als auch für notwendige Folgetermine lange Wartezeiten.

Bei Einhaltung der Absageregelung können die freien Termine anderweitig vergeben werden. Hierzu ist es notwendig, dass der Termin (auch Gruppentermin) **spätestens am Vortag abgesagt** wird, entweder persönlich, per Telefon **05031 969899-0** oder per E-Mail : **praxis@dr-ahlbrecht.de**.

Falls die Absage **nicht** im vorgegebenen Zeitraum erfolgt, stellen wir Ihnen diesen mit **40 €** in Rechnung.

Bitte beachten Sie, dass bei **Doppelterminen auch das doppelte Ausfallhonorar** in Höhe von **80 €** berechnet wird. Bei Gruppentherapie beläuft sich das Ausfallhonorar weiterhin auf **25 €**.

Das Ausfallhonorar sollte innerhalb von **7 Werktagen** erfolgen. (per Überweisung auf unser Konto)

Wir behalten uns vor bei Nicht-Eingang der Zahlung Termine zu streichen.

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

Datum: _____ Unterschrift/Elternteil: _____