

Allgemeine Informationen zur Terminvergabe!



Sehr geehrte Eltern, Kinder und Patienten,

da die Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis von Fr.Dr. Wahle-Conrady eine reine Bestellpraxis ist (bedeutet, wir haben nur Patienten auf Einbestellung und keine offene Sprechstunde) behalten wir uns das Recht vor, ihnen und ihren Kindern Termine zuzuteilen.

Jeder von Ihnen der schon mal versucht hat einen Termin in einem SPZ zu bekommen, weiß, dass es dort bis zu einem Jahr dauern kann, bis ein Termin verfügbar ist.

Bei uns in der Praxis bekommen Sie, wie sie bestimmt schon bemerkt haben, zeitiger einen Termin.

Leider ist es nicht möglich im Praxisalltag die Termine abzusprechen, da einfach die nötige Zeit hierfür nicht gegeben ist. Somit behalten wir uns dies Recht als Bestellpraxis vor und vergeben Termine immer zum nächst möglichen Zeitpunkt.

Wir vergeben ihre Termine nach besten Wissen und Gewissen.

Natürlich habe Sie die Möglichkeit, Termine die für Sie und Ihre Kinder nicht machbar sind, abzusagen oder zu verschieben. Dies allerdings nur via E-Mail unter:

kjp@valeo-praxisgemeinschaft.de

Die Absage muss allerdings 2 Arbeitstage vor dem Termin erfolgen! Sa+So sind keine Arbeitstage.

Ansonsten droht die Rechnung.

(So muss ein Montagstermin spätestens am Donnerstag abgesagt werden. Absagen immer per Mail)

Für Eltern die mit mehreren Kinder bei uns in Behandlung sind, ist es noch wichtig, dass nicht alle Testungen parallel gemacht werden können, ansonsten versuchen wir ihnen bei Geschwistern planmäßig entgegen zukommen soweit dies möglich ist.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Praxis von Fr.Dr. Wahle-Conrady und Team



Dr. Gabriele Wahle-Conrady

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie

47058 Duisburg Duissernstraße 65 a Tel.: 0203/600 16 43 Fax: 0203/600 16 43 9

E-Mail: kjp@valeo-praxisgemeinschaft.de

Bitte bringen Sie zum Ersttermin folgende Unterlagen mit:

1. Den ausgefüllten Fragebogen
2. Das gelbe Untersuchungsheft und das Impf-Buch
3. Das letzte Zeugnis (falls schon vorhanden)
4. Vorhandene Arztbriefe bzw. Ergebnisse bereits durchgeführter Diagnostik
5. Eine aktuelle Kinderzeichnung (nur bei Kleinkindern)
6. **OHNE PVS WERDEN KEINE TERMINE VERGEBEN (AUCH KASSENPATIENTEN)**

*Vorname des Kindes: _____

*Nachname des Kindes: _____

*Abweichender Familienname: _____

*Geburtsdatum: _____

*Handynummer: _____

*Festnetznummer: _____

*Emailadresse: _____

*Straße: _____

*PLZ und Wohnort: _____

*Krankenkasse und Versichertennummer:

*Kinderarzt/ Hausarzt:

_____ in _____

***Schule/ Kita:** _____

Telefonnummer: _____

Klasse/ Gruppe: _____

Name des/r Lehrers/in / Erzieher/in: _____

***Die leiblichen Eltern des Kindes...**

Sind verheiratet seit _____ Leben zusammen seit _____

Sind getrennt seit _____ Sind geschieden seit _____

Ein Elternteil ist verstorben seit _____

***Das Kind ist**

Ein leibliches Kind

Ein Pflegekind

Ein Adoptivkind

Lebt in folgender Einrichtung _____

***Wir arbeiten mit dem Jugendamt zusammen:**

Name des/r Mitarbeiters/in: _____

Telefonnummer: _____

Flexible Hilfe: _____

Telefonnummer: _____

***Das Sorgerecht liegt....; der rechtliche Nachweis muss vorgelegt werden**

Bei der Mutter:

Ich übe das Sorgerecht alleine aus: _____

Beim Vater:

Ich übe das Sorgerecht alleine aus: _____

Bei beiden Eltern:

Auch bei getrennt lebenden Eltern ist die **schriftliche Einverständniserklärung beider Eltern Voraussetzung für die Diagnostik und Behandlung** des Kindes:

Wir üben das Sorgerecht zusammen aus:

***Ausschluss einer Parallelbehandlung:** Wir befinden uns zurzeit nicht in der Behandlung oder der Diagnostik in einem SPZ oder einer Institutsambulanz:

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters

Vorstellungsanlass:

- Welche Probleme führen zur Vorstellung in meiner Praxis?

- Wer hat eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung vorgeschlagen?

- Wurde ihr Kind schon einmal bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater oder einem Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten oder in einer Klinik behandelt?

- Gab es Probleme in der Schwangerschaft, während der Geburt und der Säuglingszeit?

- Wie verlief die frühkindliche Entwicklung? **Mit wieviel Monaten/ Jahren** konnte ihr Kind...?

Laufen: _____ Fahrrad fahren : _____

Schwimmen: _____ Erste Worte sprechen: _____

Kleine Sätze sprechen: _____ Trocken/ sauber: _____

- Hatte ihr Kind

Krankengymnastik: _____ wie lange: _____

Ergotherapie: _____ wie lange: _____

Sprachtherapie: _____ wie lange: _____

- Gab es ernsthafte Vorerkrankungen?

- Gibt es aktuelle Erkrankungen?

- Welche Medikamente nimmt ihr Kind? In welcher Dosierung?

- War ihr Kind bereits länger als 1-2 Tage im Krankenhaus?

- Wurde ihr Kind schon operiert? Wenn ja, weshalb und wann?

- Hatte ihr Kind Verletzungen, Knochenbrüche, Unfälle, Verbrennungen oder Verbrühungen?

- Leidet ein Familienmitglied an einer chronischen körperlichen oder seelischen Erkrankung?

- Hat ihr Kind stabile Freundschaften?

- Wie ist das Sozialverhalten ihres Kindes?

- Was sind die Stärken ihres Kindes?

- **Gibt es bestimmte Themen, die nicht vor ihrem Kind besprochen werden sollen?**

- Welche Erwartungen haben Sie an eine **ambulante** kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung?

***Schweigepflichtsentbindung/ Erlaubnis zur Befundweitergabe**

Hiermit entbinde ich Frau Dr. Wahle-Conrady und ihre Praxismitarbeiter bis auf Wiederruf von der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht zum gegenseitigen Informationsaustausch gegenüber

Name (Erziehungsberechtigter): _____

Adresse: _____

Geb.-Datum (Kind): _____

- **Kinderarzt/ Hausarzt :** _____
Adresse: _____

Tel: _____

Unterschrift (Eltern): _____

Datum: _____

- **Vor-/ weiterbehandelnde Therapeuten:** _____

Adresse: _____

Tel: _____

Unterschrift (Eltern): _____

Datum: _____

- **Lehrer/ Schule/ KITA:** _____

Klasse/Gruppe: _____

Tel: _____

Unterschrift (Eltern): _____

Datum: _____

- **Jugendamt/ Flexible Hilfe:** _____

Adresse: _____

Tel: _____

Unterschrift (Eltern): _____

Datum: _____

• **Sonstige Personen:** _____

Adresse: _____

Tel: _____

Unterschrift (Eltern): _____

Datum: _____

• **Ergo/Logotherapie:** _____

Adresse: _____

Tel: _____

Unterschrift (Eltern): _____

Bitte tragen sie den Namen und die Telefonnummer der betreffenden Kontaktperson ein.

***Ausfallsvereinbarung:**

Hiermit willige/n ich/ wir ein, **bei nicht rechtzeitig abgesagtem Termin, 2 Arbeitstage vor dem Termin, das vereinbarte Ausfallhonorar von 80.-€ zu bezahlen.** Falls dies unterbleibt, kann die Diagnostik bzw. Therapie von Seiten der Praxis beendet werden.

Ich erkläre mich mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.

Duisburg, den _____ Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Die Felder mit * sind Pflichtfelder, ohne diese werden keine Termine vergeben!!!!

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte!

Leider häufen sich die nicht eingehaltenen Termine, sodass deutliche Verzögerungen in der Diagnostik eintreten und wir zudem weniger Therapietermine anbieten können, weil viele Untersuchungen 2x mal geplant werden müssen. An manchen Tagen fallen bis zu 2 Terminen pro Therapeut*in/Ärztin aus.

Aus wirtschaftlichen Gründen bedeutet jeder Terminausfall einen Einnahmenverlust für die Praxis, was in Zeiten von steigenden Personal- sowie Heiz- und Stromkosten problematisch ist.

Wir werden ab dem 01.09.2022 jeden nicht eingehaltenen Termin in Rechnung stellen, der nicht 2 Werktagen vorher abgesagt wurde; z.B. Do für Mo, Fr für Di. Feiertage sind keine Werktagen.

Es gilt nur eine Absage an folgende Emailadresse: kjp@valeo-praxisgemeinschaft.de

Folgende Ausfallgebühren fallen an:

20,00 € für einen Gruppentherapietermin oder den ADHS Elternkurs

40,00 € für jeden Testtermin

40,00 € für jeden Medikamentenkontrolltermin

40,00 € für jeden Verlaufstermin bei Ergo- oder Logo- Verordnung

40,00 € bei jeden Einzeltermin oder Elterngespräch

80,00 € für jeden Ersttermin und jedes Abschlussgespräch

80,00 € für jeden 1-stündigen Test (BUEVA, ET 6-6, IQ Test; WISC V, ADI, etc.)

Attestpflicht:

Während der gesamten Diagnostik akzeptieren wir **nur ein Attest nur für das Kind bzw. Patient*in/ pro Halbjahr.**

Dennoch schreiben wir auch an diesem Tag sofort eine Rechnung, die wir dann ggf. stornieren können, wenn das Attest innerhalb einer Woche unaufgefordert vorgelegt wird.

Sie können eine Ratenzahlung vereinbaren. Bei gravierenden Zahlungsproblemen, können sie uns vertrauensvoll ansprechen, wir finden dann eine individuelle Regelung.

Wenn mehr als 2 Termine unentschuldigt versäumt werden und die Ausfallgebühren nicht bezahlt werden, werden die Diagnostik bzw. das therapeutische Angebot beendet, da viele Patienten dringend auf einen Termin warten.

Wir bitten um ihr Verständnis!

Ihr Praxisteam Dr. Wahle-Conrady

Gelesen am: _____, Namen des Kindes: _____

Unterschrift der Eltern/ Erziehungsberechtigten: _____

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS rhein-ruhr GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:
www.ihre-pvs.de/datenschutz

Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient/in

Anmeldung für Privatpatienten

Patient

Name Vorname geb. am

Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger

Name Vorname geb. am

Beruf* tel. erreichbar*

Straße/Hausnummer E-Mail Adresse*

PLZ Wohnort

Arbeitgeber*

Krankenversicherung/Kostenträger* Tarif*

Hausarzt/überweisender Arzt*

* Diese Angaben sind freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie diese Angaben nicht machen.
Allerdings ist es ggf. hilfreich, wenn Sie telefonisch erreichbar sind.

Duisburg, den 24.05.2023

Krankenversichertenkarte

Liebe Eltern und liebe Sorgeberechtigten,

wir versuchen zum Wohle des Kindes und der Familie die Diagnostik innerhalb eines Quartals durch zu führen.

Je nach Umfang der Diagnostik ist es nicht möglich, alle Leistungen in einem Quartal mit der Krankenkasse abzurechnen.

Daher möchten wir Sie bitten, sich mit diesem Schreiben bereit zu erklären, die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes im Folgequartal nach Abschluss der Diagnostik noch einmal einlesen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Fr. Dr. G. Wahle-Conrady und Team

Ich, _____, Sorgeberechtigte Person des Kindes

_____, erkläre mich bereit, noch einmal mit der Karte des Kinds im Folgequartal in die Praxis zu kommen.

Datum und Unterschrift