



## Behandlungsvereinbarung

Hiermit bestätige ich,

.....

Name in Klarschrift

als Begleitung des Kindes

.....

Name, Geburtsdatum

dass ich während der Diagnostik und der Behandlung in der Praxis Dr. Susanne Bongardt im Einverständnis mit den Sorgeberechtigten handle, oder dass ich das alleinige Sorgerecht habe.

Wenn ein vereinbarter Termin nicht 2 Tage vorher abgesagt wurde, wird ein Ausfallhonorar von 80 Euro überwiesen (Ausnahme: Krankheit/Unfall), um die entstandenen Kosten teilweise zu decken.

Ort, Datum

.....

Unterschrift

\*Der Unterzeichnende versichert das Einverständnis der Sorgeberechtigten zur Diagnostik und Behandlung in der Praxis Dr. Bongardt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.