



## Einverständniserklärung zur Befolgung von Regeln in unserer kindergastroenterologischen Praxis

Sehr geehrte Eltern und Erziehungsberechtigte,  
um eine reibungslose und erfolgreiche Behandlung Ihres Kindes in unserer kindergastroenterologischen Praxis sicherzustellen, bitten wir Sie, die folgenden Regeln zu beachten und zu befolgen. Diese Regeln dienen dem Wohl aller Patienten sowie dem bestmöglichen Ablauf und der Qualität unserer medizinischen Versorgung.

### Praxisregeln:

1. **Pünktlichkeit:** Bitte erscheinen Sie zu den vereinbarten Terminen pünktlich. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir um rechtzeitige Absage. Terminänderungen bzw. Terminabsagen sind uns mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen. Andernfalls sind wir berechtigt, Ihnen eine Ausfallzeitgebühr zu berechnen.
2. **Einhalten der Hygienevorschriften:** In unserer Praxis legen wir großen Wert auf Hygiene. Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Kind sowie Sie selbst die Hygienevorschriften einhalten. Dies beinhaltet auch das Tragen einer Maske bei Erkältungssymptomen – dies dient zum Schutze unserer anderen (teils mehrfach immunsuppremierten) Patienten und von uns selbst, damit wir so oft wie möglich für Sie da sein können.
3. **Mitbringen notwendiger Unterlagen:** Bitte bringen Sie stets die benötigten Dokumente (z.B. Überweisungsschein, Versicherungskarte) mit. Auch medizinische Vorbefunde (Arztbriefe, Labor und Untersuchungsergebnisse) sollten Sie mitbringen.
4. **Begleitpersonen:** Aus Sicherheitsgründen bitten wir Sie, die Anzahl der Begleitpersonen möglichst gering zu halten. Im Falle von Infusionstherapie ist es erforderlich, dass bis zu einem Alter vom vollendeten 16. Lebensjahr (bis zum 16. Geburtstag) eine erwachsene Begleitperson die/den minderjährige(n) Patienten/in begleitet während des Zeitraums der Infusion und dem sich anschließenden Überwachungszeitraum. Hiervon kann nur nach vorheriger vereinbarter Übereinkunft mit unserem Praxisteam abgewichen werden. Diese Abweichung kann nur für den jeweiligen anstehenden Termin und nicht generell zugeteilt werden.
5. **Beachtung von Anweisungen des Praxispersonals:** Bitte folgen Sie den Anweisungen des Praxispersonals, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten.
6. **Datenschutz und Schweigepflicht:** Unsere Praxis behandelt alle Informationen vertraulich. Wir bitten Sie ebenfalls, die Privatsphäre anderer Patienten und deren Angehörigen zu respektieren.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Regeln gelesen und verstanden haben und sich bereit erklären, diese im Sinne eines erfolgreichen Behandlungsablaufs einzuhalten. Die Vereinbarung bezieht sich auf alle oben aufgeführten Regeln als Ganzes. Eine Teileinverständniserklärung ist nicht möglich. Sollten Sie mit der Vereinbarung nicht einverstanden sein, stehen Ihnen weitere kindergastroenterologische Anlaufstellen für eine Behandlung zu Verfügung, die wir Ihnen gerne nennen. Eine Behandlung ist in unserer Praxis dann nicht möglich.

Bremen, den \_\_\_\_\_ (Datum)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Name der erziehungsberechtigten Person(en): \_\_\_\_\_

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person(en): \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis.  
Ihr Team der Kindergastroenterologie im KiM.