



Behandlungsvertrag für die Heimversorgung

zwischen der: **Neurologischen Praxis am Kaiserplatz**
Kaiserstraße 14, 60311 Frankfurt am Main, Tel.: 069 751611
vertreten durch: Dr. med. Christoph Mayer, Facharzt für Neurologie

und: Frau/Herrn _____

geb. am: _____

bzw. für die Gesundheitsvorsorge **Bevollmächtigter** für die/den o.g. Bewohner/in:

Frau/Herrn _____

wohnhaf (Wohnanlage): _____

Adresse: _____, _____

Ich wünsche **für mich selbst** die fachärztliche, neurologische Behandlung durch die Neurologische Praxis am Kaiserplatz, vertreten durch Herrn Dr. med. Christoph Mayer oder ärztliche Kollegen der Praxis.

Ich wünsche **als für die Gesundheitsvorsorge Bevollmächtigter für die/den oben genannten Bewohner/in** die fachärztliche, neurologische Behandlung durch die Neurologische Praxis am Kaiserplatz, vertreten durch Herrn Dr. med. Christoph Mayer oder ärztliche Kollegen der Praxis.

Die Behandlung beinhaltet regelmäßig terminierte ärztliche **Visiten** in der Einrichtung, die fortlaufende **Kontrolle** der neurologischen Bedarfslagen sowie enge **Abstimmung** mit dem lokalen pflegerischen Personal in der Modifikation der neurologischen Therapie. Die neurologische Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung aktueller medizinischer Standards zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in enger Abstimmung mit den befassten lokalen Pflegekräften, deren klinische Expertise wertvoller Bestandteil in einem interdisziplinären Behandlungskonzept ist, sowie in Koordinierung mit der hausärztlichen Versorgung im Hause.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Bewohner _____ Unterschrift Betreuer _____

Die fachneurologische Betreuung wird gerne zugesagt und durchgeführt!

Datum: _____ Unterschrift Neurologe _____
Dr. med. Christoph Mayer