

PATIENTEN-INFO

Sehr geehrte Patienten,

damit auch weiterhin die ärztliche Versorgung auf dem gewohnt hohen Niveau zur Verfügung gestellt werden kann, bitte ich um Beachtung folgender Hinweise:

TERMINVEREINBARUNGEN

Behandlungstermine dienen dazu, den Praxisablauf kalkulierbar zu machen, um Wartezeiten so gut wie möglich zu vermeiden oder zu minimieren. Patienten, die ihre Termine nicht rechtzeitig absagen oder unentschuldigt überhaupt nicht erscheinen, stören den geregelten Tagesablauf und sorgen neben dem dadurch entstehenden Verwaltungsaufwand für Verdienstausschlag.

Daher bitte ich Sie im Interesse aller Beteiligten um Termintreue und im Bedarfsfall um rechtzeitige Terminabsage, damit ggf. auf einen Termin wartende oder akut erkrankte Patienten eingeschoben werden können und ein geordneter Praxisablauf möglich ist.

Bei Nichtbeachtung der „Spielregeln“ sehe ich mich zur Berechnung von Ausfallhonorar (Schadensersatzforderung) gezwungen.

BESTÄTIGUNG:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Patienten-Information zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich, vereinbarte Termine fristgerecht, **spätestens jedoch 24 Stunden vor Beginn**, abzusagen.

Weiterhin bestätige ich, dass ich darüber aufgeklärt wurde, dass bei unentschuldigter Nichteinhaltung des Termins eine Schadensersatzforderung in Höhe des 1,0fachen GOÄ-Satzes der geplanten ärztlichen Leistung/en, mindestens jedoch **150,00 Euro**, berechnet wird.

Hinweis: Die Verpflichtung zur Entrichtung der Gebühr entfällt, wenn die Nichteinhaltung des Termins auf unverschuldeten Gründen basiert.

....., den.....

.....

Unterschrift des Patienten

Patientendaten:

Name

Vorname

Anschrift