



## **Bereitstellungsgebühr bei nicht wahrgenommenen Terminen**

betr. Patient\*in \_\_\_\_\_

Für eine fachgerechte Behandlung und Diagnostik in unserer Praxis vereinbaren wir Termine speziell für die jeweiligen Patientinnen und Patienten.

### **Nicht wahrgenommene Termine werden nicht von Ihrer Krankenkasse getragen.**

Bitte sagen Sie einen Termin, den Sie nicht wahrnehmen können, so früh wie möglich ab, damit wir diesen Termin anderweitig vergeben können.

Für nicht mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider eine **Bereitstellungsgebühr in Höhe von 50,00 €** berechnen.

Ich stimme / wir stimmen der Bereitstellungsgebühr bei nicht wahrgenommenen Terminen wie oben aufgeführt zu und erkläre(n) mich/ uns bereit, die Gebühr bei nicht rechtzeitiger Absage zu zahlen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Mutter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Vaters

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Vormundes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Patientin / des Patienten selbst