



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