

Anschrift der Praxis:

Dr. med. Markus Escher
Eltinger Str. 13
71229 Leonberg

eMail: praxis@gastroenterologie-leonberg.de

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

von:
Name, Vorname, Geb.-Datum

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung **mindestens 48 Stunden** vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage oder sind Sie Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von € 25, das dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Praxisstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Leonberg, den

.....
(Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters)