



Zustimmung zur Zahlung eines Ausfallhonorars
bei nicht zeitgerechter Terminabsage für NEU-Patienten

Ich _____, geb. am _____; Mobilnummer:

(Vor- und Nachname Patient/Patientin, Geburtsdatum, Mobilnummer)

stimme folgender Vorgehensweise zu:

Sie haben bei uns in der Praxis Dr. Berndt & Partner MVZ, Voßstrasse 24, 30161 Hannover, einen Termin für eine reisemedizinische Beratung gebucht. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit für diese Tätigkeit in unserer Praxisorganisation ausschließlich Ihnen vorbehalten ist.

Sollten Sie den jeweils vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Die Absage muss so in der Praxis eingehen, dass uns mindestens ein Arbeitstag verbleibt, um den Termin nachzubesetzen. Neben einer telefonischen oder persönlichen Absage während unserer Öffnungszeiten können Sie dafür auch gerne ein Fax schicken oder unsere Email-Adresse verwenden. Bei nicht rechtzeitiger bzw. unterbliebener Absage des Behandlungstermins sind Sie verpflichtet für den Ausfall des Termins und nach Abzug ersparter Aufwendungen, eine Ausfallpauschale in Höhe von 50,00 EUR zu bezahlen.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von Ihrer gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird. Bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage wird kein Ausfallhonorar fällig. In diesem Fall teilen Sie uns die Gründe unverzüglich schriftlich mit und weisen uns diese ggf. nach. Ihr Recht zur fristlosen Kündigung des Behandlungsvertrages aus wichtigem Grund nach § 626 BGB bleibt hiervon unberührt.

_____, den _____

Patient/Patientin bzw. gesetzlich Vertretungsberechtigte

Bitte schicken Sie direkt nach erfolgter Terminbuchung das unterschriebene Exemplar per Email an praxis@praxis-dr-berndt.de. Vielen Dank!



Dr. Berndt & Partner
Fachärzte für Allgemeinmedizin