



Einwilligungserklärung

Zur Erinnerung an Termine und zur Bestätigung der Behandlungsbedingungen

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse

- vereinbarte Termine

Bitte informieren Sie mich auf folgenden Weg: (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

- E-Mail E-Mail-Adresse: _____
-
- Telefon Telefonnummer: _____
-
- Handynummer: _____

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass die Praxis mich auf von mir angegebenen Wegen erreichen kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Erinnerung an Untersuchungen oder Termine jederzeit und mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen kann.

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass wir für sie und nur für Sie feste Zeiten einplanen und damit Wartezeiten minimieren. **Wir bitten Sie deshalb, Termine 5 Tage vorher zu bestätigen (telefonisch bzw. per E-Mail).** Haben Sie Verständnis dafür, dass wir andernfalls Termine anderweitig vergeben.

Termine, die bestätigt sind und später als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt, verspätet wahrgenommen oder nicht wahrgenommen werden, werden mit einem Ausfallhonorar entsprechend der entgangenen Leistung, angelehnt an den EBM oder die GOÄ, abzüglich etwaiger Sachkosten in Rechnung gestellt. Die Ausfallhonorare betragen für einen Assessmenttermin 150€, für einen Erstkontakt 200€ und für einen Folgetermin 100€. Die Rechnungen werden durch die von uns beauftragte Verrechnungsstelle Oswald Helmsauer GmbH in unserem Auftrag erstellt, versendet und eingetrieben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in/gesetzlicher Vertreter*in