

Vereinbarung Terminausfallshonorar

zwischen:

Patient

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

und:

Medicurum MVZ GmbH
Am Markt 9
27419 Sittensen

Der/die Patientin wurde darauf hingewiesen, dass eine fester Sprechstundentermin vereinbart wurde.

Geplant ist eine Erstvorstellung oder Folgeuntersuchung mit ausführlicher Anamnese und ggf. Sichtung von Vorunterlagen, körperlicher Untersuchung, Blutentnahme oder sonographischer Untersuchung.

Dieser Termin wird verbindlich vereinbart und extra für den Patienten freigehalten.
Aus organisatorischen Gründen hat im Falle jeder Verhinderung rechtzeitig

- spätestens 24 Stunden vorher -

eine Absage via
Telefon: 04282-73 10 80, Fax: 04282-73 10 899 oder
via E-Mail praxis@medicurum.de zu erfolgen.

Nur so kann ein "Ersatzpatient" bestellt und der Termin neu vergeben werden.
Erfolgt keine rechtzeitige Absage, wird folgender Betrag in Rechnung gestellt:

€ 75,- (Ausfallhonorar)

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation über die PVS. Die dazu erforderlichen Daten dürfen an diese weitergeleitet werden.

Wir bitten um Rücksendung dieser Vereinbarung binnen 10 Werktagen. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir andernfalls Ihren Termin bei uns stornieren müssen.

Hinweis: Die Krankenkassen erstatten die Kosten des Ausfallhonorars i. d. R. nicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient