

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine



Sehr geehrte Patientin,

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 24 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 unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von € 30,00 pro ausgefallenen Behandlungstermin, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

-----

Datum

-----

Unterschrift Patientin / Erziehungsberechtigte/r