
Vereinbarung für Termine in der Spezialsprechstunde für Kinder mit Lungen- und Allergierkrankungen sowie allgemein-kinderärztliche Termine wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Gespräche

Liebe Familie,

wir planen für Ihr Kind mit Lungen- und Allergierkrankungen sowie für Vorsorgeuntersuchungen und Gesprächstermine viel Zeit in unserer Sprechstunde ein. Wenn für Sie ein Termin reserviert wurde, den Sie nicht einhalten können, **sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab**, da diese Termine mit erheblichem organisatorischem Aufwand verbunden sind. Unabhängig davon bitten wir Sie, auch kürzere Termine (z.B. Impfungen, Hyposensibilisierungen, Verbandswechsel, Kontrolltermine) **24 Std. vor dem Termin abzusagen**, damit wir diese Termine anderen wartenden Kindern anbieten können.

Sollten Sie Termine in der Spezialsprechstunde, Vorsorgeuntersuchungen und Gesprächstermine nicht rechtzeitig absagen, werden wir Ihnen die Kosten für den Behandlungsausfall nach § 616 BGB **pauschal mit € 45,00 privat in Rechnung stellen.**

Sollten Sie kürzere Termine für Impfungen, Hyposensibilisierungen, Verbandswechsel und Kontrollen nicht rechtzeitig absagen, **stellen wir Ihnen pauschal € 20,- privat in Rechnung.** Diese Vereinbarung dient nicht nur zur Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinn, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflicht. Diese Regelung gilt nicht bei einer kurzfristigeren Absage aufgrund einer akuten Erkrankung Ihres Kindes.

Terminabsagen bitte rechtzeitig in der Kinderarztpraxis per E-Mail unter terminabsage@praxis-kinderlunge.de, alternativ telefonisch unter 06205-15150, absagen.

Bitte füllen Sie die untenstehende Erklärung aus. Als Neupatient senden Sie uns diese unterschrieben per Post (aus Datenschutzgründen NIE per Mail). Wir kontaktieren Sie dann umgehend und vereinbaren einen Termin mit Ihnen. Gerne können Sie die Erklärung auch persönlich bei uns abgeben.

Vielen Dank!

Dr. med. A. K. Niemann

ERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, bei einem unentschuldigtem Versäumnis des Termins eine Ausfallgebühr von €45,- bzw. €20,- je nach oben genannter Terminart zu entrichten. Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass für die Liquidation die Privatärztliche Verrechnungsstelle beauftragt wird, die von der Praxis die hierfür benötigten Behandlungsinformationen wie Name, Anschrift, Diagnosen und Leistungen erhält.

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum des Kindes _____

Versicherung des Kindes: privat/Selbstzahler: ___ gesetzlich ___ Name der Krankenkasse / Versicherung: _____

Name, Vorname der Erziehungsberechtigten: _____

Geburtsdatum der Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefonnummer Festnetz: _____ Mobil 1: _____ Mobil 2: _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum, Ort, Namen und Unterschriften der Erziehungsberechtigten