



Einverständniserklärung für Terminvereinbarungen und Stornierungsrichtlinien

Sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit Sie über unsere Terminvereinbarungen und Stornierungsrichtlinien gut informiert sind, lesen Sie bitte die folgende Erklärung aufmerksam durch und bestätigen Sie Ihr Einverständnis durch Ihre Unterschrift.

Stornierungsrichtlinien:

1. Bei vereinbarten Terminen verpflichte ich mich, die Praxis spätestens 24 Stunden vor dem Termin zu benachrichtigen, falls ich diesen absagen muss. Stornierungen müssen schriftlich oder telefonisch erfolgen.
2. Falls ich einen Termin versäume abzusagen oder nicht erscheine, wird eine Ausfallgebühr in Höhe der gebuchten Behandlungszeit fällig (zum Beispiel 30 € pro halbe Stunde). Diese Gebühr deckt die Kosten für nicht genutzte Zeit und Ressourcen.
3. Die Ausfallgebühr muss spätestens innerhalb von 5 Werktagen nach dem ursprünglich geplanten Termin beglichen werden. Die Zahlung kann entweder bar in der Praxis oder per Banküberweisung erfolgen.

Ich habe die oben genannten Bedingungen gelesen und verstanden. Ich bin damit einverstanden, die Ausfallgebühr zu entrichten, sollte ich einen Termin nicht rechtzeitig stornieren oder nicht erscheinen.

Vollständiger Name: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

Wir bitten Sie, dieses Formular mindestens drei Tage vor Ihrem ersten Termin in unserer Praxis unterzeichnet vorzulegen. Bei Bedarf erhalten Sie eine Kopie dieser Einverständniserklärung für Ihre eigenen Unterlagen.

Vielen Dank im Voraus für Ihr Verständnis und Ihre Kooperation.

Mit freundlichen Grüßen,
Praxis Fuchs-Fischer