DR.MED.DETTMAR **SCHUH**

FACHARZT FÜR INNERE KRANKHEITEN – GASTROENTEROLOGE

Hinweis zur Terminvereinbarung

Sehr geehrte/r Patient/in

Wir führen ein sogenannte Bestellpraxis, was bedeutet, dass wir Termine vergeben, um uns Zeit für Sie nehmen zu können, unsere Arbeit gewissenhaft und gründlich machen zu können und möglichst geringe Wartezeiten für unsere Patientinnen und Patienten entstehen zu lassen. Darum sind wir darauf angewiesen, dass unsere Patienten ihre Termine pünktlich wahrnehmen.

Das ist insbesondere dann wichtig, wenn wir Untersuchungen durchführen, bei denen außer mir als Arzt auch noch Assistenzpersonal und hochwertige Geräte in hygienisch einwandfreien Zustand pünktlich bereitstehen müssen.

Damit tragen wir aber ein nicht geringes Risiko: Beim Ausbleiben des Patienten oder kurzfristiger Terminabsage werden die Kosten, die durch Personal- und Gerätbereitstellungen entstehen nicht von der Krankenkasse bezahlt.

Wir erlauben uns daher, Sie hiermit ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass ein vereinbarter Untersuchungstermin juristisch dem Abschluss eines Behandlungsvertrages gleichkommt. Einen solchen Behandlungsvertrag müssen Sie genauso wie wir unbedingt einhalten oder - wenn es unvermeidlich ist–die Absage spätestens 2 Werktage vor dem Termin mitzuteilen:

Telefonisch unter	07141 7976750 oder
per Fax unter	07141 7976755 oder
per Email unter	d.schuh@dr-schuh-gastropraxis.de

Wir bitten um Verständnis, dass wir Ihnen bei nicht wahrgenommenen oder nicht rechtzeitig abgesagten Terminen die Unkosten für die ausgefallene Behandlungszeit (derzeit 100 Euro pro Termin) in Rechnung stellen müssen.
Dies geschieht selbstverständlich nur, wenn kein anderer Patient einspringen kann, wobei Ihnen der Nachweis eines geringeren oder nichtentstandenen Schadens selbstverständlich unbenommen bleibt. Die Ausfallentschädigung fällt natürlich auch dann nicht an, wenn Sie aus wichtigem Grund an einer rechtzeitigen Absage des Termins gehindert waren bzw. Sie kein Verschulden an einer nicht rechtzeitigen oder unterbliebenen Absage trifft. Die Beweislast hierfür liegt allerdings dann bei Ihnen (z.B. durch Vorlage eines ärztlichen Attests).

Erklärung der Patientin, des Patienten, des/der Erziehungsberechtigten:

Ich, _____ _____ bestätige hiermit, dass ich auf
Vorname Nachname
die Bedingungen einer Bestellpraxis ausdrücklich hingewiesen wurde und verpflichte mich, evtl. erforderliche Terminabsagen oder -verschiebungen spätestens zwei Werktage vor dem Termin der Praxis mitzuteilen.

Ludwigsburg, der _____ _____
Datum Unterschrift Patienten/in ggf. Erziehungsberechtigte/r