

KIEFERORTHOPÄDIE IM FELDHAUS

Dr. med. dent. Paul Koziol
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Ostenallee 80
59071 Hamm
Tel.: 02381-95 60 911

Kieferorthopädische Behandlung von:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Sehr geehrte /r _____,

Datum:

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 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 verschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von 100,00 € pro ausgefallener Behandlungsstunde, das dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Praxisstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Namen des Patienten in Druckbuchstaben

.....
(Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters)