

Einwilligung zur Terminerinnerung per E-Mail oder/und SMS & Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihnen die Planung Ihrer Behandlungstermine zu erleichtern, bieten wir an, Sie rechtzeitig per **E-Mail** und/oder **SMS** zu erinnern.

- Es werden nur die unten genannten Kontaktdaten (E-Mail-Adresse, Mobilfunknummer) verwendet.
- Die Erinnerung erfolgt ausschließlich zu diesem Zweck.
- Die Einwilligung kann jederzeit **ohne Angabe von Gründen widerrufen** werden.

Bitte wählen Sie aus:

Ich möchte per **E-Mail** erinnert werden.

Mailadresse: _____

Ich möchte per **SMS** erinnert werden.

Tel.: _____

Ich möchte **keine elektronischen Terminerinnerungen** erhalten.

Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag

Zwischen der Praxis für Innere Medizin und Kardiologie am Standort Schwerte (Praxis) und dem Patienten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Versicherungsträger: _____

wird folgende Vereinbarung getroffen:

1. Die Praxis ist eine **Bestellpraxis**. Termine werden langfristig geplant, um reibungslose Abläufe und kurze Wartezeiten zu gewährleisten.
2. Nicht wahrgenommene Termine müssen **frühzeitig abgesagt** werden, damit sie anderen Patienten zur Verfügung stehen.
3. Termine sind **mindestens 24 Stunden vorher** (telefonisch oder schriftlich) abzusagen.
4. Bei unverschuldeter Verhinderung kann eine Absage auch kurzfristig erfolgen.
5. Bei nicht rechtzeitiger Absage wird ein **Ausfallhonorar von 25,00 €** fällig.
6. Ausfallhonorare werden in der Regel **nicht von Krankenversicherungen erstattet**.
7. Nachweis, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden ist, bleibt unberührt, ebenso wie der Nachweis eines höheren Schadens durch die Praxis.

Ich (Patient) bestätige, den Inhalt dieser Vereinbarung gelesen, verstanden zu haben und erkläre mein Einverständnis mit meiner Unterschrift.

Unterschriften:

Ort, Datum, Unterschrift Patient: _____

Ort, Datum, Unterschrift Praxis: _____