



## Ausfallpauschale

Name Patient\*in: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Liebe Patienten, liebe Eltern,

um eine organisierte Terminvergabe gestalten zu können, sind wir gezwungen mit Ihnen einen Terminvertrag zu schließen, da wiederholt Termine ohne Absage nicht wahrgenommen wurden.

Damit wir Ihnen und anderen Familien gerecht werden können, machen wir mit unseren Patienten verbindliche Terminabsprachen zur Diagnostik und Behandlung. Wir halten somit 60-minütige Zeitintervalle für Sie frei. Da nicht genutzte Termine nicht kurzfristig nachbelegt werden können, bitten wir Sie, Termine bei Verhinderung mindestens 48 Stunden vorher abzusagen (Werktags Mo-Fr). Somit haben wir die Möglichkeit anderen Familien, die dringend Hilfe und Beratung benötigen, diese Termine anzubieten. In Ausnahmefällen, wie z.B. bei Krankheit, können Sie das Gespräch telefonisch wahrnehmen, sodass keine Ausfallpauschale anfällt.

Bei kurzfristigen Ausfällen entstehen uns Kosten die nicht durch die Kassenärztliche Verrechnungsstelle oder die Krankenkassen ersetzt werden. Zusätzlich wird es für uns schwieriger, Familien in angemessener Zeit Termine zur Verfügung zu stellen.

### Terminvertrag:

Hiermit verpflichte ich mich, den mit der Praxis Dr. Linck vereinbarten Termin pünktlich einzuhalten, oder wenn ich aus wichtigen Gründen verhindert bin, **den Termin mindestens 48 Stunden vorher abzusagen (Werktags Mo-Fr).**

Ich verpflichte mich, für jeden meiner versäumten Termine, die nicht abgesagt und alternativ als Telefongespräch angenommen wurden, **eine Ausfallpauschale in Höhe von 40 € innerhalb 1 Woche nach dem versäumten Termin zu entrichten.** Dafür stellen wir Ihnen gerne eine Quittung aus.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
X  
Unterschrift