

## Absagepflicht

Mir ist bekannt, dass ich Name \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Std. vorher absagen muss. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine (egal aus welchem Grund) mir gem. §615 BGB privat in Höhe von 1,50€ pro vereinbarter Behandlungsminute bzw. in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient od. gesetzl. Vertr.