

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 unentschuldigt 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. gestzl. Vertr.
