MVZ Bielefeld am EvKB gGmbH
Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
Gadderbaumer Str. 41
33602 Bielefeld
Tel.: 0521/ 772-78405
Fax: 0521/ 772-78382
Mail: kjpp@mvz-bi.de

E. Dost, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Terminvereinbarung

-Hinweis auf notwendige Absage und mögliche Ausfallgebühr-

Vereinbarung
zwischen
……...
(Patient/ in bzw. gesetzlichem Vertreter)

und
MVZ Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Gadderbaumer Str. 41
33602 Bielefeld

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitig vertragliche Pflichten. Dem Patienten wurde im MVZ am

Datum	**Uhrzeit**
	um Uhr

auf eigenen Wunsch ein Behandlungstermin zugewiesen. Der Termin wurde mit dem Patienten verbindlich vereinbart und wird extra für ihn freigehalten. Geplant ist die folgende Behandlung bzw. Untersuchung: ……..……..

Sollte der Patient den Termin nicht wahrnehmen können (Verhinderung), so verpflichtet er sich, den Termin rechtzeitig – d.h. spätestens 24 Stunden vorher – ggü. dem MVZ abzusagen. Entweder

- per Telefon **0521 77278405**
- per E-Mail **kjpp@mvz-bi.de**

Nur so kann das MVZ einen "Ersatzpatient" bestellen und den Termin anderweitig vergeben.

Erfolgt keine rechtzeitige Absage oder wird die Verspätung nicht ausreichend begründet, wird dem Patienten vom MVZ ein sog. **Ausfallhonorar** in Höhe von

60,00 Euro

berechnet.

Hinweis: Die Krankenkassen erstatten die Kosten des Ausfallhonorars i. d. R. nicht.

Bielefeld, den ….…… …….. ……..
MVZ Patient bzw. gesetzlicher Vertreter