

Terminvereinbarung

-Hinweis auf notwendige Absage und mögliche
Ausfallgebühr-

Vereinbarung

zwischen

.....
(Patient:in bzw. gesetzlichem Vertreter) (Bitte Patientenname
zusätzlich angeben)

und

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

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
Bielefeld am EvKB
Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gadderbaumer Straße 41
33602 Bielefeld

Tel: 0521 772-78405
Fax: 0521 772-78382
E-Mail kjpp@mvz-bi.de
Internet mvz-bi.de

MVZ Bielefeld gGmbH
Sitz der Gesellschaft
Schildescher Straße 99 | 33611 Bielefeld

Geschäftsführung
Thorsten Kaatz

Sparkasse Bielefeld
IBAN DE56 4805 0161 0006 4408 53
BIC SPBIDE33XXX

St.-Nr.: 349 /5995/0434
Amtsgericht Bielefeld
HRB 38712

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**
- oder per E-Mail an kjpp@mvz-bi.de

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

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

70,00 Euro

berechnet.

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

Bielefeld, den

.....
MVZ KJPP

.....
Patient bzw. gesetzlicher Vertreter