



DR. MED. CHRISTIANE KÖHLER  
DR. MED. JUDITH SCHULTHEIß

Fachärztinnen für Gynäkologie  
und Geburtshilfe

### **Verbindliche Vereinbarung zur Terminabsage**

Name der Patientin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin,

um unseren Praxisablauf für alle Patienten reibungslos zu gestalten, bitten wir um Ihr Verständnis für folgende Regelung:

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen spätestens 24 Stunden im Voraus telefonisch oder per E-Mail abzusagen.

Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr in Höhe von 40 Euro zu erheben. Diese Gebühr wird unabhängig von der Art des Termins fällig. Wir weisen darauf hin, dass die Gebühr rechtlich zulässig ist, da der Termin speziell für Sie reserviert wurde.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Regelung zur Kenntnis genommen habe und mich mit den genannten Bedingungen einverstanden erkläre.

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

Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_

Dr. Köhler/ Dr. Schultheiß