

Einverständniserklärung zur Teilnahme am kostenlosen Terminerinnerungsservice

**Liebe Patientin,
Lieber Patient,**

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die anderorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. **Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 36 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.**

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Möchten Sie daher an Ihre Termine in der Praxis vorher erinnert werden?

Damit können Sie vermeiden, dass die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung (40,00 €) gestellt wird, wenn Sie Ihren Termin nicht 36 Stunden vorher absagen.

Bitte wenden ...

• **Dr. (H) Zoltán Medgyessy**

Facharzt für
Physikalische und Rehabilitative Medizin,
Akupunktur, Chirotherapie,
Rehabilitationswesen,
Psychotherapie, Sozialmedizin

Regionalbeauftragter der
Deutschen Migräne- und Kopfschmerz-
gesellschaft für Westfalen-Lippe

**Praxis für Physikalische
und Rehabilitative Medizin**
im Medicum Detmold

Röntgenstraße 16 | 32756 Detmold
Tel. 0 52 31 - 91 02 022 | Fax -023
info@rehaarzt.de
www.rehaarzt.de

Einverständniserklärung zur Teilnahme am kostenlosen Terminerinnerungsservice

• Dr. (H) Zoltán Medgyessy

Facharzt für
Physikalische und Rehabilitative Medizin,
Akupunktur, Chirotherapie,
Rehabilitationswesen,
Psychotherapie, Sozialmedizin

Regionalbeauftragter der
Deutschen Migräne- und Kopfschmerz-
gesellschaft für Westfalen-Lippe

Patient/-in (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ja, ich möchte Ihren Terminerinnerungsservice in Anspruch nehmen.
Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis an meinen Termin erinnert.

per SMS

Handy-Nr.

per Mail

E-Mail-Adr.

per Telefon

Tel.-Nr.

Unterschrift

Ort, Datum

Ich möchte Ihren Terminerinnerungsservice
nicht in Anspruch nehmen.

Mir ist bekannt, dass mir, wenn ich den vereinbarten Termin nicht
36 Stunden vorher absage, die vorgesehene Zeit und die Vergütung
bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung (40,00 €)
gestellt wird.

Unterschrift

Ort, Datum

© Praxis für Physikalische
und Rehabilitative Medizin
im Medicum Detmold,
Dr. Z. Medgyessy