

**Dr. med. K.-D. Früchtenicht**

. Facharzt f. Kinderheilkunde u. Jugendmedizin

EEG, EKG, Ultraschall, Labor

**Schwerpunkt Neuropädiatrie**

### **Ausfallhonorar**

*Liebe Eltern,*

*leider ist es immer häufiger so, dass vereinbarte Termin nicht eingehalten und nicht abgesagt werden. Häufig werden für das gleiche Thema Termine bei mehreren Ärzten Termine vereinbart und dann nicht abgesagt. Dies führt zu immer zu immer längeren Wartzeiten für andere Patienten und einer scheinbaren Ärzte – und Terminknappheit.*

*Ich bitte Sie daher um Verständnis, dass ich mir vorbehalte für nicht eingehaltene Termine ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Bitte füllen Sie das Dokument unten aus und lassen es unterschrieben per Fax ( 030 40636362 ) oder e -mail ([praxis@drfruechtenicht.de](mailto:praxis@drfruechtenicht.de) ) zukommen*

*herzlicher Dank für Ihr Verständnis*

*Liebe Herr / Frau*

*Sie haben heute für Ihr Kind ..... einen Termin zur neurologischen Diagnostik / Untersuchung bei Herrn Dr. Früchtenicht für den ..... um ..... Uhr vereinbart. Sollten Sie nicht zu dem vereinbarten Termin erscheinen, behalten wir uns vor, nach §615 BGB, Ihnen ein Ausfallhonorar mit dem Abrechnungssatz nach GOÄ 96 in Rechnung zu stellen.*

*Hiermit erkläre ich mich einverstanden. Ich berechte die Praxis, die erhobenen Patientendaten ( Anschrift / Mobilnummer ) in Einklang mit der DSGV zu den oben genannten Zwecken mit den entsprechenden Einschränkungen zu nutzen.*

Name: ..... Vorname: .....

Rechnungsanschrift: ..... Berlin ; .....

E- Mail: ..... @ .....

Telefon mobil: ..... / .....

Berlin, den .....

Unterschrift: .....