



**Praxis für Kinder und Jugendliche  
Schallstadt**

Neuropädiatrische Schwerpunktpraxis

Dr. Alexander Pschibul  
Dr. David Schorling  
Dr. Judith Schick  
Dr. Cornelia Emerich

Basler Straße 82  
79227 Schallstadt  
Telefon: 07664 8624  
Fax: 07664 8621  
E-Mail: praxisteam@kinderarzt-  
schallstadt.de

Schallstadt, den 13.03.2026

PRAXIS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE / NEUROPÄDIATRIE  
Dres. Pschibul & Schorling, Basler Straße 82, 79227 Schallstadt

**Betreff: Wichtiger Hinweis zu Terminabsagen und Ausfallhonorar**

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

um unsere Terminplanung effizient zu gestalten und allen Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung bieten zu können, möchten wir Sie auf Folgendes hinweisen:

Sollte ein vereinbarter Termin für **größere Untersuchungen** (z. B. Vorsorgen oder kinderneurologische Termine) **unentschuldigt nicht wahrgenommen** werden, behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar zu erheben:

- **60 €** für reguläre Termine wie Vorsorgen oder neurologische Untersuchungen
- **80 €** für Termine mit **EEG-Ableitung** (Aufwand: 30 Minuten EEG-Ableitung + 30 Minuten Besprechung)

**Ersatztermine für nicht wahrgenommene Termine werden von unser erst vergeben, wenn das Einverständnis zur Abrechnung des Ausfallhonorars per Unterschrift vorliegt.**

Die Abrechnung erfolgt über **PVS Helmsauer**. Ein entsprechendes Formular zur Übergabe Ihrer Daten finden Sie anbei.

Wir bitten Sie, einen Termin mindestens 24 h vorher abzusagen, falls Sie ihn nicht wahrnehmen können. Absagen können Sie per Mail, Nachricht in der App oder Nachricht auf unserem Anrufbeantworter.

So können wir die freien Kapazitäten anderen Patientinnen und Patienten anbieten und unnötige Kosten vermeiden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

-----  
bitte wenden  
-----

**Ich bestätige, dass ich das vorangegangene Schreiben zur Kenntnis genommen habe.**

**Ich stimme zu, dass mir das genannte Ausfallhonorar für einen in Zukunft verpassten Termin meines Kindes von der Kinderarztpraxis Schallstadt in Rechnung gestellt wird.**

**Angaben zum Kind**

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

7429 Dr.med. David Schorling  
Dr.med. Alexander Pschibul  
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin  
Neuropädiatrie  
Basler Straße 82  
79227 Schallstadt

**Einwilligung zur Einbindung zur Privatliquidation  
durch die Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer GmbH  
Dürrenhofstraße 4, 90402 Nürnberg, Telefon (0911) 92 92 02**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bei Kindern unter 16 Jahren bzw. nicht einsichtsfähigen Personen der gesetzliche Vertreter:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vom Patienten abweichender Rechnungsempfänger:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mit dieser freiwilligen Einwilligung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre Daten an die oben genannte Verrechnungsstelle zur Durchführung der Privatliquidation weitergegeben werden. Sollten Sie nicht einwilligen, werden Ihre Daten auch nicht wie nachfolgend beschrieben weitergegeben.

**Einwilligungserklärung**

Hiermit erkläre ich, mich freiwillig und ohne Zwang ausdrücklich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten durch die Praxis an die oben genannte Verrechnungsstelle zum Zwecke der Abrechnung übermittelt werden können. Hierzu zählen auch solche Daten, die von konsiliarisch hinzugezogenen dritten Ärzten erhoben und gespeichert wurden. Für den Fall eines vom Patienten abweichenden Rechnungsempfängers erkläre ich, dass ich volljährig und vom Rechnungsempfänger bevollmächtigt bin, seine Stammdaten zur Erstellung der Rechnung an die oben genannte Verrechnungsstelle zu übermitteln. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können. Ich bestätige, dass ich die nebenstehend aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient**  
**(bei nicht einsichtsfähigen Patienten: gesetzlicher Vertreter)**  
**(bei minderjährigen Patienten zusätzlich: des oder der Sorgeberechtigten)**

**Wichtige Information für den Patienten oder dessen Vertretungsberechtigten**

Wir führen die Abrechnung privatärztlicher oder Selbstzahler-Leistungen durch die nebenstehend genannte Verrechnungsstelle durch. Dieser Auftrag umfasst neben der Erstellung der Rechnung auch den Auftrag zur Forderungsbeitreibung. Alle zuständigen Mitarbeiter der Verrechnungsstelle sind dabei ebenfalls zur Geheimhaltung verpflichtet worden und darüber informiert, dass Ihre Daten auch nach Beendigung der Behandlung bzw. Ihrem Widerruf weiterhin vertraulich behandelt werden müssen.

Damit die Abrechnung ermöglicht werden kann, ist es erforderlich, folgende Daten zu übersenden:

- Ihre Stammdaten: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus, Kostenträger,
- Behandlungsinformationen: Akut- und Dauerdiagnosen sowie die mit der Behandlung verbundenen Abrechnungsziffern,
- hiervon sind auch ausdrücklich Ihre Daten umfasst, die von konsiliarisch hinzugezogenen dritten Ärzten erhoben und gespeichert wurden.

Ihre erteilte Einwilligung erfolgt dabei aufgrund des Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung (nachfolgend "DSGVO" genannt).

Die anlässlich des Behandlungsvertrages von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Ärzte gespeichert und danach gelöscht. Dies umfasst im Regelfall einen Zeitraum von 10 Jahren, kann im Einzelfall aufgrund längerer gesetzlicher Aufbewahrungspflichten, aus Gründen, die im Gesundheitszustand des einzelnen Patienten liegen oder zur Sicherung eigener Rechte auch bis zu 30 Jahren betragen. Entsprechendes gilt auch für die an unsere Verrechnungsstelle weitergeleiteten Daten.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung gegenüber uns zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Dies hat zur Folge, dass wir Ihre Daten für die Zukunft nicht mehr an die oben genannte Verrechnungsstelle weiterleiten dürfen.

Die DSGVO räumt Ihnen überdies weitere Rechte ein:

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO),
- Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO),
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten,
- Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen (Art. 20 DSGVO)

Zuletzt sind Sie berechtigt, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, falls aus Ihrer Sicht die Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtmäßig erfolgt (Art. 77 DSGVO). Ihre Beschwerde richten Sie in diesem Fall an:

Datenschutzaufsichtsbehörde für den nicht-öffentlichen Bereich  
Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Promenade 27  
91522 Ansbach