

Ausfallgebühr

Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag

Zwischen Dr. Mayer, Augenzentrum Mayer, Marktplatz 19, 83607 Holzkirchen (nachfolgend Arzt)

und

Patient/in	Gesetzliche/r Vertreter/in
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Adresse	Adresse, falls abweichend
Versicherung	Telefonnummer
Versichertennummer	
	Email-Adresse

(nachfolgend **Patient/in**, ggf. gesetzliche/r Vertreter/in) wird folgende Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag geschlossen:

1. Der Arzt betreibt eine Bestellpraxis. Behandlungstermine werden langfristig geplant und zwischen Arzt und Patient verbindlich vereinbart. Zur Vermeidung von Leerläufen und für möglichst kurze Wartezeiten ist es erforderlich, dass Behandlungstermine, die nicht wahrgenommen werden, frühzeitig abgesagt und anderen Patienten zur Verfügung gestellt werden.
2. Arzt und Patient sind sich daher einig, dass ein vereinbarter Behandlungstermin, der nicht wahrgenommen werden kann, **mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin** abgesagt werden muss (telefonisch oder in Textform).
3. Bei nicht rechtzeitiger bzw. unterbliebener Absage des Behandlungstermins kann der Arzt dem Patienten für den ausgefallenen Behandlungstermin ein **pauschales Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 Euro** (analog § 615 S. 1, 293 ff. BGB) berechnen.
4. Ausfallhonorare werden von Krankenversicherungen üblicherweise nicht erstattet.

Ich (Patient/in, ggf. gesetzliche/r Vertreter/in) bestätige, den Inhalt dieser Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich mein Einverständnis hierzu. Ich (Patient/in, ggf. gesetzliche/r Vertreter/in) kann meine Einwilligung zu dieser Zusatzvereinbarung jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
ggf. gesetzliche/r Vertreter/in

Annahmekürzel MFA