

Ausfallkosteninformation

Bitte leserlich ausfüllen



Familienname/Vorname: _____

Geb.Datum: _____ () w / () m / () d

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel: _____ Mobil: _____ Email: _____

Kranken-Kasse: () gesetzlich () privat

Zahn-Zusatzversicherung: ja () / nein ()

Zahnarzt: _____
Name / Ort

Bei Familienversicherten Name des Hauptversicherten / Geb.Datum, Adresse / Tel-Nr.:

Sie haben sich in der oralchirurgischen Praxis **Dr. Korsch am Wasserturm** zu einem Termin vorgestellt.
Wir bitten Sie, von unseren allgemeinen Geschäftsbedingungen in unserer Praxis, **privatzahnärztlichen Leistungen (Selbstzahler) im Bereich der Chirurgie** nachfolgend Kenntnis zu nehmen:

Vereinbarte Termine sind einzuhalten, oder frühzeitig abzusagen:

- Implantat-Beratung,- und Untersuchung (mindestens 3 Werktage).
- Chirurgische Eingriffe (mindestens 5 Werktage), Kosten je nach Endpreis des chirurgischen Eingriffes.

Bei Nichteinhaltung, bzw. unangekündigten Ausfallterminen oder Absagen von weniger als 3, beziehungsweise 5 Werktagen sind wir berechtigt Ihnen eine „Ausfallgebühren“ in Rechnung zu stellen.

Betrifft Beratung,- u. Untersuchung sowie chirurgische Behandlungsformen aller Art in unserer Praxis:

Bei **Nichteinhalten** von vereinbarten **o.g. Terminen, ohne Absage** stellen wir den kompletten Rechnungsbetrag der geplanten Beratung/ oder Behandlung.

Bei Absage innerhalb von 24 Std. vor dem vereinbarten Termin, wird der komplette Betrag in Rechnung gestellt, falls die geplante Behandlungszeit nicht wieder anderweitig vergeben werden kann.

OP-Termine:

Bei kurzfristigen Absagen, weniger als 2 Tage vor dem Eingriff, müssen wir eine Stornierungsgebühr von 50% des vereinbarten Behandlungshonorars erheben.

- Nichteinhaltung Implantat-Beratung,- und Untersuchungstermin => Ausfallgebühr: 120,-€
- Nichteinhaltung chirurgische Eingriffe => Ausfallgebühr: bis zu 480,-€
(je nach Kosten des chirurgischen Eingriffes)

Ein ärztliches Attest entbindet von der **Ausfallpauschale nur, wenn ein Ausweichtermin** für die vorgesehene Behandlung vereinbart wird.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr und gebe hiermit durch meine Unterschrift mein Einverständnis.

Datenschutz

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit versichere ich, dass ich die Informationen zur örtlichen Betäubung und die dadurch möglichen Komplikationen aufmerksam und komplett durchgelesen habe, sowie alle mich interessierende Fragen geklärt wurden. Außerdem versichere ich, dass ich alle Angaben zu meiner Person und zur Krankengeschichte vollständig und richtig ausgefüllt habe.

Mannheim, den: _____
Datum

Unterschrift des Patienten/Erzieh. Berechtigter
- bei Kindern unter 18 Jahren, Unterschrift des Elternteil -