



---

## **An meine Patienten und Erziehungsberechtigte**

### **1.) Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO):**

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, die Datenschutzbestimmungen gelesen zu haben und mit der Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten einverstanden zu sein.

Wolfenbüttel, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

### **2.) Ausfallentschädigung:**

Unsere Praxis wird mit Bestellsystem geführt. Insbesondere in Fällen einer therapeutischen Behandlung ist die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 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 trifft Sie kein Verschulden.

Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt, und zwar

**40,00 Euro**

pro Stunde.

Bitte hier die Personalien des Erziehungsberechtigten eintragen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Ich habe die o. g. Bedingung zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Wolfenbüttel, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r