

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Infoblatt klären wir Sie darüber auf, dass wir in unserer Zahnarztpraxis mit Bestellsystem arbeiten. Das bedeutet, dass die Termine, die Sie mit uns vereinbaren, an diesem Tag und zu dieser Uhrzeit exklusiv für Sie reserviert sind.

Bitte beachten Sie, dass bei längeren Terminen, beispielsweise größeren chirurgischen Maßnahmen oder bei Zahnersatz auch ein immenser Planungs- und Verwaltungsaufwand erforderlich ist, den Sie als Patient für gewöhnlich nicht mitbekommen, der aber trotzdem anfällt.

Auch müssen wir um Ihnen den exklusiven Behandlungsservice anbieten zu können Kosten für Personal, Miete, Nebenkosten, Materialien u. ä. auslegen um Ihre Behandlung möglichst stressfrei, zeitnah und qualitativ angemessen durchführen zu können.

Gemäß §§ 615, 293 BGB haben wir als Zahnärzte bei Nichteinhaltung von Terminen bzw. kurzfristigen Absagen an Sie als Patient einen Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens. Im Falle der Minderjährigkeit oder der Geschäftsunfähigkeit des Patienten, verpflichten sich die gesetzlichen Vertreter zur gesamtschuldnerischen Haftung für alle Forderungen aus dem betreffenden Patientenverhältnis.

Konkret bedeutet dies, dass wir Ihnen bei unentschuldigtem Versäumnissen, oder kurzfristigen Absagen ein Ausfallhonorar von 145€ pro Stunde, bzw. entsprechend der Länge Ihres Termins einen Anteil davon in Rechnung stellen werden.

Bitte denken Sie an Ihre Mitwirkungs- und Sorgfaltspflicht und sagen Sie Ihre Termine rechtzeitig mindestens 24 Stunden vorher ab, damit wir uns allen diese Form von Ärger ersparen und die Termine rechtzeitig an andere Patienten vergeben können.

Leider müssen wir diese Maßnahme aufgrund des Verhaltens einiger weniger einführen und danken daher für Ihr Verständnis.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass ich bei nicht fristgerechter Absage oder nicht eingehaltenem Behandlungstermin Ausfallhonoraransprüche akzeptieren und ausgleichen werde.

Gerichtsstand: Amtsgericht Neustadt/ Aisch

Name in Druckbuchstaben

Datum Unterschrift



Zahnarztpraxis
Dr. Semira Zeni
Ludwigstraße 4
91413 Neustadt/ Aisch

Telefon: 091618726362
www.doktor-zeni.de
dr.zeni@gmx.de