

Bestätigung Behandlungsvertrag

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ich wurde darauf hingewiesen, dass mit mir am _____ ein
Behandlungstermin vereinbart wurde.

Mir ist bekannt, dass dieser Termin für mich freigehalten wird und für den Fall einer
Verhinderung, ich diesen spätestens 48 Stunden vorher absagen muss, damit die Möglichkeit
besteht diesen neu zu vergeben.

**Sollte ich nicht rechtzeitig absagen, wird mir ein Ausfallhonorar von 100€ in Rechnung
gestellt.**

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Bei mehrfacher Versäumnis behalten wir uns vor die Behandlung abubrechen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient