

Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag

Patient(in):

Vorname, Name

Erziehungsberechtigte(r):

Vorname, Name des Kindes

Geburtsdatum

1. Ich bin darüber informiert, dass Dr. Jánossy eine Bestellpraxis führt. Dazu werden für Konsultationen und Behandlungen im Voraus Termine vereinbart.

2. Mir ist bewusst, dass ich Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, so frühzeitig abzusagen habe, dass sie möglichst noch mit anderen Patienten besetzt werden können. Ich verpflichte mich, dass ich einen Behandlungstermin, zu dem ich nicht erscheinen kann, mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt absagen muss.

3. Sollte ich am Behandlungstag unverschuldet verhindert sein, werde ich die Hautarztpraxis Dr. Jánossy unverzüglich darüber informieren.

4. Falls ich es versäume, einen Termin rechtzeitig abzusagen, so akzeptiere ich, dass Dr. Jánossy mir ein pauschales Ausfallhonorar in Höhe von **50,00 Euro** in Rechnung stellen wird.

5. Ich bin darüber informiert, dass dieses Ausfallhonorar von Krankenversicherungen in der Regel nicht erstattet wird.

6. Ein Nachweis meinerseits darüber, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt von dieser Vereinbarung ebenso unberührt wie ein Nachweis durch Dr. Jánossy, dass sie einen höheren Schaden erlitten hat.

Ich habe diese Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich ausdrücklich mein Einverständnis zu dieser Vereinbarung.

Ort, Datum, Unterschrift der Patientin - des Patienten

Dr. med. Ildikó Jánossy

**Absagen SMS 0176 57686803 E-Mail kontakt@janossy.de
Anruf nur während Öffnungszeiten 03342 80335**