

Stornierungs- und Nichterscheinungspolitik

Name der Klinik oder Praxis

Adresse

Telefon und Website für Buchungen

Gültig ab

WARUM WIR DIESE RICHTLINIE HABEN

Jeder verpasste Termin ist ein Slot, auf den ein anderer Patient gewartet hat. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn Sie nicht kommen können, damit wir ihn jemand anderem anbieten können.

1. BESTÄTIGUNG IHRES TERMINS

Wir senden Ihnen _____ Stunden vor Ihrem Termin eine Erinnerung. Bitte bestätigen Sie diesen oder informieren Sie uns, wenn Sie nicht teilnehmen können.

2. STORNIERUNG ODER VERSCHIEBUNG

Sie können Ihren Termin kostenlos stornieren oder verschieben, wenn Sie dies mindestens _____ Stunden vorher telefonisch, online oder per Nachricht tun.

Für Tests und Verfahren, die Vorbereitung oder speziell bestellte Materialien erfordern, beträgt die Frist _____ Stunden.

3. SPÄTE STORNIERUNG UND NICHTERSCHEINEN

Wenn Sie nach Ablauf der Frist stornieren oder ohne Benachrichtigung nicht erscheinen, kann eine Gebühr von _____ erhoben werden.

Die Gebühr ist keine Zahlung für medizinische Versorgung; sie deckt die für Sie reservierte Zeit ab.

Nach _____ verpassten Terminen können zukünftige Buchungen eine telefonische Bestätigung oder eine Anzahlung erfordern.

4. VERSPÄTETE ANKUNFT

Wenn Sie mehr als _____ Minuten zu spät kommen, können wir Ihren Termin verkürzen oder verschieben, damit die nächsten Patienten nicht warten müssen.

Wenn wir uns verspäten, informieren wir Sie so schnell wie möglich und bieten Ihnen einen anderen Termin an, wenn Sie dies bevorzugen.

5. AUSNAHMEN

Wir erheben keine Gebühren im Falle eines medizinischen Notfalls, eines Krankenhausaufenthalts oder unvorhersehbarer Ereignisse.

Wenn Sie Fieber oder Symptome haben, die sich ausbreiten könnten, informieren Sie uns und wir verschieben Ihren Termin kostenlos.

Patienten, die minderjährig sind oder eine Begleitperson benötigen, werden zusammen mit dieser Person gebucht.

6. PERSÖNLICHE DATEN

Ihre Kontaktdaten werden für Termine und Erinnerungen gemäß den Datenschutzbestimmungen Ihres Landes verwendet.

☐ Ich habe die Stornierungs- und Nichterscheinungspolitik gelesen und verstanden.

Patient oder gesetzlicher Vertreter,
unterschrift

Klinik, unterschift

Datum
