

Frau/Herr

Therapie-Centrum Barg
Bahnhofstraße 9
24223 Schwentinental
Tel.: 0 43 07 - 63 60
Fax: 0 43 07 - 82 52 62

Datum: _____

Kostenübernahmeerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben von Ihrem Arzt ein Rezept über physikalische Maßnahmen erhalten und möchten diese in unserer Praxis durchführen lassen oder Sie wollen unsere Leistungen als Selbstzahler in Anspruch nehmen.

Aufgrund des sehr hohen Aufkommens an nicht abgesagten oder sehr kurzfristig abgesagten Terminen, sind uns in der letzten Zeit hohe Ausfallkosten entstanden. Solche Termine können in den meisten Fällen nicht nachbesetzt werden und wir sind wirtschaftlich in Zukunft nicht mehr in der Lage, die daraus entstehenden Kosten zu tragen.

Wir weisen Sie deshalb höflich darauf hin, dass wir Ihnen Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, mit einer Ausfallgebühr

in Höhe von € _____

pro ausgefallenen Termin in Rechnung stellen werden.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie den Inhalt dieser Regelung akzeptieren und die Ausfallgebühren in diesem Fall gegen Rechnung erstatten.

Praxis für Krankengymnastik

Patientin/Patient