

Vereinbarung für Ausfallhonorar

zwischen

der

Name Zahnarzt/Praxis/MVZ

Straße Hausnummer

PLZ Ort

und

Herrn/Frau

.....

.....

bei minderjährigen: gesetzlicher Vertreter:

.....

- nachfolgend **Patient** -

Der Patient wird in der **Zahnarztpraxis XX/ MVZ XX** behandelt. **Die Praxis/Das MVZ** arbeitet nach dem sog. Bestellsystem, d.h. der **Zahnarzt/die Praxis/das MVZ** reserviert für den Patienten die erforderliche Sprech- bzw. Behandlungszeit. Aufgrund häufiger, nicht entschuldigter oder zu später Absagen von **XXXX-terminen** vereinbaren die Parteien den Umgang dazu im Einzelnen wie folgt:

1. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass **die Zahnarztpraxis/MVZ XX** in Bezug auf **XXXXX** ausschließlich nach Terminvereinbarung arbeitet und darauf angewiesen ist, diese Termine zur **XXXXX (Behandlung/Therapie)** langfristig zu planen. Für die Untersuchung, das Erstellen von Diagnosen und die Behandlung muss ein Zahnarzt sowie eine oder mehrere zahnmedizinische Fachangestellte zur Verfügung stehen.
2. Medizinische Notfälle und Schmerzpatienten sind hiervon ausgenommen.
3. Bei Absagen, die nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen, ist es in der Regel nicht möglich, einen anderen Patienten im geplanten Zeitfenster zu behandeln.
4. Der Patient verpflichtet sich daher Termine, die er aus von ihm zu vertretenden Gründen nicht wahrnehmen kann, spätestens innerhalb von 24 Stunden – telefonisch oder per-Email - vorher abzusagen.
5. Unterbleibt eine rechtzeitige Absage, verpflichtet sich der Patient für den Ausfall des Termins und nach Abzug ersparter Aufwendungen eine Ausfallpauschale in Höhe von **50,00 €** zu bezahlen. Die Geltendmachung eines höheren Schadens bleibt vorbehalten.
6. Bei kurzfristiger, unverschuldeter Verhinderung des Patienten kann eine Absage auch kurzfristig vor dem Behandlungstermin erfolgen. Der Verhinderungsgrund ist dem **Arzt/Praxis/MVZ** nachzuweisen.
7. Es bleibt dem Patienten unbenommen nachzuweisen, dass tatsächlich ein geringerer Schaden entstanden ist.
8. Der Patient wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von seiner gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird, sondern er dies selbst bezahlen muss.

Ort,

.....

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter