

**Dr. med. Diane Müller**  
FÄ für Kinderheilkunde  
DEGUM Stufe II



Medizinisches Versorgungszentrum  
Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt  
Friedrichstraße 38/40 • 01067 Dresden  
Telefon 0351 49278-905 • Fax 0351 49278-975  
E-Mail: kindersonographie@kid-dresden.de  
www.kid-dresden.de

**Familie**

***Patientenname und Anschrift bitte hier eintragen***

**Behandlungstermin:** .....

**Telefonnummer:** .....

(bitte unbedingt angeben)

**Patienteninformation und Einverständniserklärung**

Zu spät abgesagte oder nicht wahrgenommene Behandlungstermine verursachen uns unnötige Arbeit, stören den Praxisablauf in erheblichem Maße und verursachen darüber hinaus erhebliche Kosten durch den entstehenden „Praxisleerlauf“.

Gerade im Hinblick auf die Patienten, bei denen eine sofortige Behandlung angezeigt ist oder die längere Wartezeiten auf Termine haben, sind nicht wahrgenommene Termine besonders ärgerlich.

Sie werden deshalb Verständnis dafür haben, dass wir Ihnen Termine, die Sie weniger als 24 Stunden vorher oder gar nicht abgesagt haben, aus vorgenannten Gründen privat in Rechnung stellen müssen. Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei lediglich um Praxis-Vorhaltekosten, nicht um Honorarkosten handelt. (Derzeitiger Satz: 25,- € pro Behandlungseinheit von 15 Minuten)

***Ich habe vorgenannte Regelung zur Kenntnis genommen und erkläre mein Einverständnis.***

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

.....  
Vorname Nachname