

Patient/in

Titel *Vorname* *Nachname*

Geschlecht *Geburtsdatum* *Rechnungsempfänger / Vormund*

Beruf *Firmenbezeichnung*

Kontaktdaten und Anschrift

E-Mail *Handy*

Festnetz (Privat) *Festnetz (Büro)*

Straße

PLZ *Stadt* *Land*

Ich möchte an kommende Termine erinnert werden:

Per SMS Ja Nein

Per E-Mail Ja Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass ich per SMS/E-Mail an kommende Termine erinnert werde.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Praxisverwaltungsprogramm Lemniscus eingetragen, gespeichert und für Abrechnungen verwendet werden.
- Ich stimme einer telemedizinischen Beratung zu und bestätige hiermit, dass ich mündlich über die Nachteile einer Fernbehandlung gegenüber der Diagnostik und Therapie in der Praxis aufgeklärt wurde.

Absagepflicht

Mir ist bekannt, dass ich,

Name

sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss.
Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

(Ort, Datum)

*(Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/
Gesetzl. Vertreters)*