

## Ausfallhonorar für versäumte Vorsorgetermine (U4-U7a)

zwischen

Praxis Dr. Franziska Platen, Krankenhausstraße 107, 50354 Hürth

und

---

Patient/in (Name+Vorname+Geburtsdatum)

---

Rechnungsempfänger (Name+Vorname+Geburtsdatum)

---

wohnhaft: Straße, PLZ, Ort

Sehr geehrte Patienten/in, sehr geehrte Eltern,

wir vergeben für Vorsorgeuntersuchungen feste Termine. Sollten sie aus einem wichtigen Grund verhindert sein, bitten wir sie uns rechtzeitig (spätestens 24 Stunde vor dem festgelegten Termin) abzusagen. Dies ist notwendig, damit wir den Termin möglichst noch einem anderen/einer anderen Patient/in zur Verfügung stellen können.

Ausgefallene Termine können den Krankenkassen nicht in Rechnung gestellt werden. Daher stellen wir ihnen bei unentschuldig nicht wahrgenommenen Terminen ein Ausfallhonorar von 40 € in Rechnung.

Hiermit bestätige ich, dass ich bei einem nicht wahrgenommenen Termin ohne rechtzeitige Absage ein Ausfallhonorar von 40 € an die Praxis Dr. Franziska Platen zahlen werde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Erstellung der Rechnung, sowie die Einziehung und die ggf. gerichtliche Durchsetzung durch den Kölner Abrechnungsdienst Heiartz & Vogel oHG erfolgt, an die die Forderung abgetreten wird. Insoweit entbinde ich den behandelnden Arzt/Ärztin der Praxis Dr. Franziska Platen ausdrücklich von der Schweigepflicht, was meinen und den Namen meines Kindes, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, sowie Behandlungs-dokumentation/Diagnosen anbelangt.

---

Unterschrift des/der Rechnungsempfänger/in bzw. des/der Erziehungsberechtigten  
(Name+ Vorname+ Geburtsdatum)

Dr.med. Franziska Platen  
Kinder- & Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Sportmedizin  
Krankenhausstrasse 107, 50354 Hürth  
Tel. 02233/7134043, Fax. 02233/7130948, E-Mail: [info@kinderarzt-platen.de](mailto:info@kinderarzt-platen.de)

Datenschutzvereinbarung gelesen