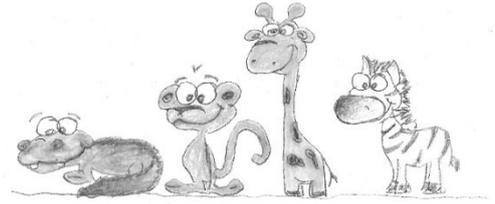


Dr. med. Nataša Brückner
Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie
Ramona Schumann
Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie
Fachärztin für Neurologie
Wilhelm – Theodor Römheldstr.14, 55130 Mainz
Tel: 06131/3275205 / Fax: 06131/3275204
E-Mail: empfang@kjp-praxis-mainz.de



Name des Kindes:

Geb. Datum:

Sehr geehrte Patienten,
sehr geehrte Eltern,

auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis ist ein Unternehmen mit wirtschaftlichen Verpflichtungen. Immer wieder kommt es vor, dass Termine vergessen und nicht abgesagt werden und Leerlauf entsteht.

Wir nehmen uns regelmäßig umfänglich Zeit für Ihren Termin und bitte Sie daher Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder per E-Mail abzusagen.

Per Mail den Namen des Kindes mit *Terminabsage - Datum* bei der *Betreffzeile* hinzufügen.

In diesem Fall kann der Termin an andere Patienten vergeben werden und Wartezeiten für dringliche Behandlungen verkürzt werden.

Sollte der Termin wegen Krankheit am gleichen Tag abgesagt werden müssen, bitten wir Sie ein entsprechendes Attest vom (Kinder-) Arzt vorzulegen.

Ansonsten behalten wir uns vor, eine **Ausfallpauschale in Höhe von 40 € je angefangene Stunde** in Rechnung zu stellen.

Zur Kenntnis genommen

Datum:

Unterschrift:

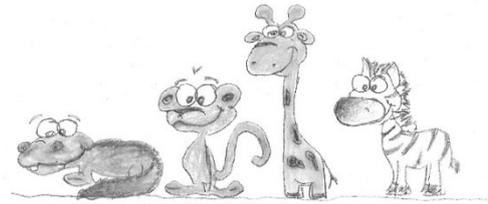
Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Natasa Brückner
Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Ramona Schumann
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
-psychotherapie und Neurologie

- b. w. -

Dr. med. Nataša Brückner
Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie
Ramona Schumann
Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie
Fachärztin für Neurologie
Wilhelm – Theodor Römheldstr.14, 55130 Mainz
Tel: 06131/3275205 / Fax: 06131/3275204
E-Mail: empfang@kjp-praxis-mainz.de



Information zur Kontaktaufnahme

Zur Kommunikation mit der Praxis bitte ich folgende Kontaktdaten zu nutzen:

Festnetz _____

Handy _____

Es besteht die Möglichkeit mit der Praxis auch digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht versendet.

Die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen digitalen Kommunikationswege sind mir bekannt.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

SMS _____

WhatsApp _____

Sonstiges _____

E-Mail, mit folgender E-Mail-Adresse _____

Ich bin mit dem Recall Service zur Terminerinnerung per E-Mail einverstanden (hierzu muss eine aktuelle E-Mail Adresse angegeben werden).

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich / Wir habe(n) die ausliegende Datenschutzerklärung der Praxis gelesen und zur Kenntnis genommen und erkläre(n) mich / uns damit einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich / Wir habe(n) die Patienteninformation bezüglich der Abrechnung ärztlicher Atteste gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum: _____ Unterschrift: _____