

Dr. Henrik Könemann
Fachärztlicher Internist/Proktologe
CED – Schwerpunktpraxis

Dr. Kai Könemann
Hausärztlicher Internist/Diabetologe/Adiposiole
Diabetologische Schwerpunktpraxis

Wilhelmstraße 27
32257 Bünde
Tel.: 05223/14438
05223/130405
Funk: 0171/3228453
www.diabetes-buende.de

Einverständniserklärung

Um einen reibungslosen Ablauf unserer Arbeit zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns im Falle einer Terminabsage **mindestens einen Tag im Voraus** per Telefon oder E – Mail zu informieren.

Wir weisen Sie darauf hin, dass **Ihr Nichterscheinen** zu einem vereinbarten Termin ohne vorherige Absage erhebliche Kosten verursacht. Außerdem warten viele Patienten monatelang auf einen Termin! Bitte beachten Sie, dass gemäß geltender rechtlicher Bestimmungen (**§615 BGB**) eine Ausfallgebühr berechnet wird. Sollten Sie den Termin **ohne vorherige Absage** nicht wahrnehmen, werden wir Ihnen die Kosten in Höhe von **150 €** in Rechnung stellen.

Sollte ich den Termin **nicht wahrnehmen** können, verpflichte ich mich, diesen mindestens einen Tag im Voraus per Telefon oder E-Mail abzusagen. Andernfalls kann eine Ausfallgebühr in Höhe von **150 Euro** gemäß den geltenden Bestimmungen erhoben werden.

Name :

Datum

Unterschrift

Dr. Henrik Könemann
Fachärztlicher Internist/Proktologe
CED – Schwerpunktpraxis

Dr. Kai Könemann
Hausärztlicher Internist/Diabetologe/Adiposiole
Diabetologische Schwerpunktpraxis

Wilhelmstraße 27
32257 Bünde
Tel.: 05223/14438
05223/130405
Funk: 0171/3228453
www.diabetes-buende.de

Einverständniserklärung

Um einen reibungslosen Ablauf unserer Arbeit zu gewährleisten, bitten wir Sie, uns im Falle einer Terminabsage **mindestens einen Tag im Voraus** per Telefon oder E – Mail zu informieren.

Wir weisen Sie darauf hin, dass **Ihr Nichterscheinen** zu einem vereinbarten Termin ohne vorherige Absage erhebliche Kosten verursacht. Außerdem warten viele Patienten monatelang auf einen Termin! Bitte beachten Sie, dass gemäß geltender rechtlicher Bestimmungen (**§615 BGB**) eine Ausfallgebühr berechnet wird. Sollten Sie den Termin **ohne vorherige Absage** nicht wahrnehmen, werden wir Ihnen die Kosten in Höhe von **150 €** in Rechnung stellen.

Sollte ich den Termin **nicht wahrnehmen** können, verpflichte ich mich, diesen mindestens einen Tag im Voraus per Telefon oder E-Mail abzusagen. Andernfalls kann eine Ausfallgebühr in Höhe von **150 Euro** gemäß den geltenden Bestimmungen erhoben werden.

Name :

Datum

Unterschrift