

Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben

Angaben zum Patienten

**Angaben zum gesetzl. Vertreter/
Zahlungspflichtigen**

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

.....
Adresse

Mir ist bekannt, dass dieser Termin in der Heilpraxis Haas extra für mich freigehalten wird und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich im Falle einer Verhinderung rechtzeitig absage. Somit besteht die Möglichkeit noch „Ersatzpatienten“ einzubestellen.

Versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine - **d.h. spätestens 48h Std. vor dem Termin** - werden mit 50% für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt, sofern kein akuter Grund für die Terminversäumnis vorlag. Zum Beispiel sollten Sie donnerstags Bescheid geben, wenn Sie Ihren Termin am Montag nicht wahrnehmen können. **Terminabsagen bitte generell unter o.g. Telefonnummer.**

Mit der Unterschrift wird das Einverständnis zu diesem Abrechnungsmodus gegeben.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner angegebenen Daten.

Hiermit bestätige ich, dass ich über den oben genannten Text aufgeklärt wurde und einverstanden bin.

Ich willige ein, bei Nichteinhaltung des Termins die Ausfallgebühr zu bezahlen.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in / Zahlungspflichtiger

Bitte senden sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular (eingescannt oder gut lesbar abfotografiert) VOR der Terminvereinbarung an yoga_seminare@heilpraxishaas.de. Eine Terminvereinbarung kann erst nach Erhalt erfolgen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.