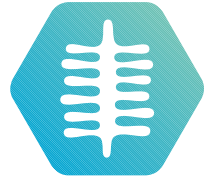


# Absagepflicht

---



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.

---

Datum

---

Unterschrift des  
Patienten  
Erziehungsberechtigten  
Gesetzlichen Vertreters