

## Vereinbarung über ein Ausfallhonorar bei Nichterscheinen und fehlender Terminabsage der Allergologie

zwischen

der **MVZ Dr. Brunnée GmbH**, Auf der Wurth 7, 26160 Bad Zwischenahn, vertreten durch die Geschäftsführung,

- im folgenden MVZ genannt -

und

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der Patientin / des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

- im folgenden Patient genannt -

Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) betreibt im Rahmen der allergologischen Versorgung eine reine Bestellterminierung und ist darauf angewiesen, die Behandlungstermine langfristig zu planen, um so einen reibungslosen Ablauf der Praxis zu gewährleisten und auch längere Wartezeiten für den Patienten zu vermeiden.

Daher ist das MVZ darauf angewiesen, dass nicht wahrgenommene Behandlungstermine der Allergologie zur Vermeidung von Leerläufen frühzeitig abgesagt werden, um andere Patienten einbestellen zu können.

MVZ und Patient sind sich darüber einig, dass vereinbarte Behandlungstermine mindestens **24 Stunden vor dem Termin** abgesagt werden müssen. Die Absage muss so in dem MVZ eingehen, dass mindestens ein Arbeitstag verbleibt um den Termin nachzubesetzen.

Es genügt eine telefonische Absage, solange diese persönlich erfolgt, oder eine Absage per

E-Mail. Hinterlassene bzw. zugesandte Nachrichten nach den Öffnungszeiten des MVZ gelten erst zu Beginn des nächsten Arbeitstages im MVZ als eingegangen.

Bei kurzfristiger, unverschuldeter Verhinderung des Patienten, kann eine Absage auch kurzfristig vor dem Behandlungstermin erfolgen.

Bei nicht rechtzeitiger bzw. unterbliebener Absage des Behandlungstermins vereinbaren das MVZ und der Patient für den ausgefallenen Behandlungstermin einen pauschalen Schadensersatz in Höhe von

**30,-- EUR (dreißig Euro).**

Es bleibt dem Patienten überlassen einen konkret niedrigeren Schaden im Einzelfall nachzuweisen. Der Schadensersatz ist nach Erhalt der diesbezüglichen Aufforderung des MVZ sofort fällig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des MVZ