

**Dr. med. Robert J. Dunckelmann**  
**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin**  
**Kinder-Pneumologe**  
**Allergologe, Neonatologe**  
**Arzt für Naturheilverfahren**  
**Arzt für Pädiatrische Intensivmedizin**



**Rohrbacher Str. 83, 69115 Heidelberg, Tel.: 06221-162151, Fax: 06221-601091,**  
**E-Mail: [praxis@dunckelmann.de](mailto:praxis@dunckelmann.de)**

---

**Termine in der Spezialsprechstunde für Kinder mit Lungen- und Allergieerkrankungen, sowie  
längere allgemeinpädiatrische Termine, z.B. Vorsorgeuntersuchungen, lange Gespräche**

**Liebe Familien,**

Für Terminvereinbarungen in der Spezialsprechstunde, sowie für längere allgemeinpädiatrische Behandlungen, z.B. Vorsorgeuntersuchungen, längere Gespräche, füllen Sie bitte untenstehende Erklärung aus und senden Sie uns diese unterschrieben per Mail, per Post oder per Fax zu. Wir kontaktieren Sie dann umgehend und vereinbaren einen Termin mit Ihnen. Gerne können Sie die Erklärung auch persönlich bei uns abgeben.

In der Spezialsprechstunde planen wir für Ihre Kinder mit Lungen- und Allergieerkrankungen, sowie für die Vorsorgeuntersuchungen und längeren Gespräche, viel Zeit ein.  
Wenn für Sie so ein Termin reserviert wird, den Sie nicht einhalten können, möchten wir Sie bitten, diesen mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, da diese Termine mit erheblichem organisatorischem Aufwand verbunden sind.

Terminabsagen bitte rechtzeitig in der Kinderarztpraxis per E-Mail unter [praxis@dunckelmann.de](mailto:praxis@dunckelmann.de), alternativ telefonisch unter 06221-162151.

Bei fehlender Absage, werden wir Ihnen die Kosten für den Behandlungsausfall nach § 616 BGB pauschal privat in Rechnung stellen (€ 45,00). Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinn, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflicht.

(Wir werden die ärztliche Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl (PAS) mit der Abrechnung unserer Forderungen Ihnen gegenüber beauftragen. Hiermit erklären Sie Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen, an PAS.)

Vielen Dank!

Dr. med. Robert Dunckelmann

.....

**ERKLÄRUNG**

Ich bin damit einverstanden, bei einem unentschuldigtem Versäumnis des Termins eine Ausfallgebühr von € 45,00 zu entrichten.

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Versicherung ihres Kindes: gesetzlich: \_\_\_\_\_ privat/Selbstzahler: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil 1: \_\_\_\_\_ Mobil 2: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

---

Datum, Ort, Unterschriften der Erziehungsberechtigten