

Dr. med. Robert J. Dunckelmann
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Kinder-Pneumologe
Allergologe
Arzt für Naturheilverfahren



Arzt für Pädiatrische Intensivmedizin
Rohrbacher Str. 83, 69115 Heidelberg, Tel.: 06221-162151, Fax: 06221-601091,
E-Mail: praxis@dunckelmann.de, www.dunckelmann.de

Vereinbarung für Termine in der Spezialsprechstunde für Kinder mit Lungen- und Allergieerkrankungen, sowie allgemein-kinderärztliche Termine, z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Gespräche

Liebe Familien,

wir planen für Ihre Kinder mit Lungen- und Allergieerkrankungen, sowie für Vorsorgeuntersuchungen und Gesprächstermine, viel Zeit in unserer Sprechstunde ein. Wenn für Sie so ein Termin reserviert wird, den Sie nicht einhalten können, **sagen Sie diesen bitte mindestens 48 Stunden vorher ab**, da diese Termine mit erheblichem organisatorischem Aufwand verbunden sind. Unabhängig davon bitten wir Sie, auch kürzere Termine (z.B. Impfungen, Hyposensibilisierungen, Verbandswechsel, Kontrolltermine) 48 Std. vor dem Termin abzusagen, damit wir diese Termine anderen wartenden Kindern anbieten können.

Sollten Sie Termine in der Spezialsprechstunde, Vorsorgeuntersuchungen und Gesprächstermine nicht rechtzeitig absagen, werden wir Ihnen die Kosten für den Behandlungsausfall nach § 616 BGB **pauschal mit € 45,00 privat in Rechnung** stellen. Sollten Sie kürzere Termine für Impfungen, Hyposensibilisierungen, Verbandswechsel und Kontrollen nicht rechtzeitig absagen, **stellen wir Ihnen pauschal € 20,- privat in Rechnung**. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinn, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflicht. Diese Regelung gilt nicht bei einer kurzfristigeren Absage aufgrund einer akuten Erkrankungen Ihres Kindes.

Terminabsagen bitte rechtzeitig in der Kinderarztpraxis per E-Mail unter praxis@dunckelmann.de, alternativ telefonisch unter 06221-162151, absagen.

(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.)

Bitte füllen Sie die untenstehende Erklärung aus. Als Neupatient 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.

Vielen Dank!

Dr. med. Robert Dunckelmann

ERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, bei einem unentschuldigten Versäumnis des Termins eine Ausfallgebühr von € 45,00 bzw. € 20,-, je nach oben aufgeführter Terminart, zu entrichten.

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____ Geschlecht des Kindes: _____

Versicherung des Kindes: privat/Selbstzahler: ____ gesetzlich: ____ Name der Krankenkasse/Versicherung: _____

Name, Vorname der Erziehungsberechtigten: _____

Geburtsdatum des Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Telefonnummer Festnetz: _____ Handy Mutter: _____ Handy Vater: _____

E-Mail-Adresse: _____

Datum, Ort, Unterschriften der Erziehungsberechtigten