

## Ausfallgebühr

Liebe Patienten, Eltern und Erziehungsberechtigte,

Aufgrund der Organisation meiner Praxis ist es notwendig, dass Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens am Vormittag des **vorangehenden Werktags** abgesagt werden. Nur so ist es möglich, den Termin anderweitig an Patienten zu vergeben, die auf der Warteliste stehen.

Außer in besonders begründeten Fällen, wie z.B. bei **Krankheit des Kindes** (nach Vorlage einer Ärztlichen Bescheinigung) werde ich Ihnen für den nicht wahrgenommenen Termin

**40,00 €**

in Rechnung stellen.

---

**Vor- und Nachname des Kindes**

**Ich habe die oben genannten Bedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.**

**Wolfsburg, den** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift  
Erziehungsberechtigte**