Behandlungsvertrag

Zahnarztpraxis Birkenmeier
Nadja Birkenmeier
Zahnärztin
Schkeuditzer Str. 33
06231 Bad Dürrenberg
0346280606
info@zahnarztpraxis-birkenmeier.de

Zahnarztpraxis **Birkenmeier**

_____ _____
Name, Vorname (Patient und ggf. gesetzlicher Vertreter) Geburtsdatum

_____ _____ _____
Straße, Nr. PLZ Wohnort

_____
Telefon

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist exklusiv für Sie reserviert. Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, müssen Sie diesen **mindestens 24 Stunden vorher absagen** (telefonisch unter 03462-80606 oder per E-Mail: termin@zahnarztpraxis-birkenmeier.de oder Online-Buchungssystem) damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich eine für beide Vertragsparteien einzuhaltende Pflicht.

Sofern Sie den vereinbarten Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung gestellt werden. Für jede angefangene geplante halbe Stunde stellen wir 50€ in Rechnung.
Nicht bezahlte Rechnungen werden von IFB INKASSO bearbeitet und vollstreckt.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese Regelungen an und willige ausdrücklich ein. Dieser Vertrag gilt für alle zukünftig bei uns geplanten Termine.

Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

_____ _____
Datum und Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter Nadja Birkenmeier