



---

Peter Nolte, Facharzt für Allgemeinmedizin, *Lymphologie, Biologische Medizin*

---

Pat.Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Email Adresse: \_\_\_\_\_ Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### **Terminvereinbarung Lymphsprechstunde**

Sehr geehrte(r) Patient(in),  
Sie wünschen eine Behandlung in einer lymphologischen Schwerpunktpraxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Behandlungszeit **ausschließlich für Sie** reserviert ist. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens zwei Werktagen vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit von bis zu 30 min. für ein Erstgespräch noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur zur Vermeidung von langen Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

Da es in den vergangenen zwei Jahren zu einem nicht abgemeldeten Ausfall von 30% der vereinbarten Termine gekommen ist, wurde Patienten wie Ihnen die Möglichkeit einer zeitnahen Behandlung genommen.  
Aufgrund dessen sehen wir uns gezwungen, die für Sie vorgesehene Zeit mit einer Ersatzweisen Vergütung in Höhe von 100,- € gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen, wenn Sie den Ersttermin nicht rechtzeitig absagen.

Wenn Sie unabgemeldet Termine nicht wahrnehmen, nehmen Sie damit anderen Patienten die Möglichkeit einer zeitnahen Behandlung!

Ich habe die oben aufgeführte Terminvereinbarung zur Kenntnis genommen und erkläre mich hiermit einverstanden.

---

Datum

---

Unterschrift

---

58540 Meinerzhagen- Valbert, Ebbestrasse 14, Telefon: 02358/2727955

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, IBAN: DE 43 3006 0601 0007 9679 34