

**Zahnarztpraxis Elisabeth Janson M.D.Sc.**  
Hauptstr. 15 – 58300 Wetter-Volmarstein  
Tel: 02335 60806  
[info@zahnarztpraxis-janson.de](mailto:info@zahnarztpraxis-janson.de) – [www.zahnarztpraxis-janson.de](http://www.zahnarztpraxis-janson.de)

### **Ausfallschadenvereinbarung**

Sehr geehrte

unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, wir bemühen uns daher sehr, dass Wartezeiten vermieden werden. Wenn fest gebuchte Behandlungstermine nicht eingehalten werden, bedeutet das für uns Leerlauf und Honorarausfall. Für Sie ist die Einhaltung der Behandlungstermine wichtig, um den entsprechenden therapeutischen Erfolg zu sichern.

Wir möchten Sie darum bitten, Ihre vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie aus dringenden Gründen einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie ihn rechtzeitig, d. h. **mindestens 24 Stunden vorher** und nur telefonisch **zu verschieben**.

Bei **Terminen über 1 Stunde** reservierter Behandlungszeit sind hierfür **48 Stunden erforderlich**.

Sa./So. und Feiertage zählen jeweils nicht zur 24/48 Stundenberechnung.

Sie finden die für Sie verbindlich reservierten Behandlungszeiten auf Ihrem Terminplan.

Wir bitten um Verständnis, dass ein Terminausfall, auch wegen Krankheit, ohne entsprechende Verschiebung bzw. Absage, in Rechnung gestellt wird.

Bei **Nichtabsage, oder nicht rechtzeitiger Absage**, eines Termins werden folgende Ausfallkosten berechnet, es sei denn, Sie können nachweisen, dass kein Schaden entstanden ist, oder dass ein Schaden entstanden ist, der wesentlich geringer als die vereinbarte Pauschale ist:

**je 15 min reservierte Behandlungszeit Zahnarzt\*innen: 30 Euro**

**je 15 min reservierte Behandlungszeit Prophylaxeassistent\*innen: 20 Euro.**

Als zusätzliche Serviceleistung führen wir teilweise Terminerinnerungen durch: per Telefon oder Postkarte oder e-Mail. Ihr vereinbarter Termin ist in jedem Fall auch ohne diesen Erinnerungsservice gültig und einzuhalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und bin mit der Berechnung vorstehender Ausfallschäden, bei Nichteinhaltung der rechtzeitigen Verschiebung bzw. Absage, einverstanden.

Ich bestätige, eine Kopie dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

Volmarstein, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift