

Klinikverbund Südwest gGmbH
als Trägerin der Krankenhäuser
Böblingen, Calw, Herrenberg,
Leonberg, Nagold und Sindelfingen

Patient:

Fall-Nr.:

Ambulanz:

Information zu vereinbarten Terminen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Termine im Klinikverbund-Südwest werden **individuell und ausschließlich für Sie reserviert**. Während dieser Zeit ist die Behandlung eines anderen Patienten regelmäßig nicht möglich.

Um einen reibungslosen Ablauf der Sprechstunden zu gewährleisten und Wartezeiten für andere Patientinnen und Patienten zu vermeiden, bitten wir Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig abzusagen, falls Sie diese nicht wahrnehmen können.

Terminabsage

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen **möglichst frühzeitig, idealerweise mindestens 24 Stunden vor dem Termin**, telefonisch oder schriftlich abzusagen.

Mögliche Berechnung eines Ausfallhonorars

Bei **kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen** kann im Einzelfall ein **Ausfallhonorar in Höhe von bis zu 50,00 €** berechnet werden, sofern

- der Termin **ausschließlich für Sie reserviert** war,
- der Termin **nicht anderweitig vergeben werden konnte** und
- der **Ausfall von Ihnen zu vertreten ist**.

Die Höhe eines möglichen Ausfallhonorars orientiert sich am **konkret entstandenen wirtschaftlichen Schaden unter Berücksichtigung ersparter Aufwendungen**.

Ein Ausfallhonorar stellt **keine medizinische Leistung** dar und wird **nicht von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung übernommen**, sondern ist **vom Patienten selbst zu tragen**.

Keine Berechnung bei unvermeidbaren Gründen

Bei **unverschuldetem Ausfall**, insbesondere bei kurzfristiger Erkrankung oder anderen nicht vorhersehbaren Ereignissen, erfolgt **keine Berechnung**.

Bestätigung

Ich habe die aufgeführten Regelungen zur Absage oder Nichtwahrnehmung vereinbarter Termine anerkannt.

Mir ist bekannt, dass vereinbarte Termine verbindlich sind und nicht oder nicht fristgerecht abgesagte Termine entsprechend den Regelungen dieser Ausfallvereinbarung in Rechnung gestellt werden können.

Hiermit bestätige ich, dass diese Vereinbarung nicht nur für den ursprünglich vereinbarten Termin, sondern auch für alle zukünftigen Termine in dieser Klinik gilt, sofern keine anderslautende schriftliche Vereinbarung getroffen wird.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters (bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)