**Liebe Eltern,**

wir behandeln und betreuen Sie gern mit unserem Praxisteam. Dazu **benötigen wir Ihre aktuellen Kontaktdaten**, damit wir Sie (wenn notwendig) erreichen können.

**Eltern - Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Patientenname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mobilnummer Eltern: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ggf. weitere wichtige Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anschrift Straße, Nr. und Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wir sind eine Terminpraxis – wir planen also unseren Tag, damit wir für Sie genügend Zeit haben** (für die medizinische Versorgung sowie alle Fragen und Anliegen von Ihnen). Wenn Sie einen geplanten Termin nicht in Anspruch nehmen möchten, dann geben Sie uns bitte **spätestens 24h vorher Bescheid**. Sollte ein unvorhergesehener Grund vorliegen (zum Bespiel Kind erkrankt) geben Sie uns bitte am selben Tag per Mail oder Telefon Bescheid.

Da wir mit unserem gesamten Team die geplanten Zeiten für Sie freihalten fallen Kosten an, wenn Sie ohne Information an uns den Termin nicht wahrnehmen oder wenn Sie sich **mehr als 15min verspäten**. Wir bitten Sie um Verständnis und Ihr Einverständnis, dass Sie eine **Rechnung über die Kosten eines versäumten Termins** (ab 01.01.2025) von uns erhalten:

Versäumte **Vorsorgeuntersuchung**, versäumter **Diabetestermin**,
versäumte **Testung**, versäumte **Jugendschutzuntersuchung**: 50€
Versäumte **Logo- oder Ergotherapie**, versäumte **Blutentnahme**: 20€

Das oben beschriebenem Vorgehen zu versäumten Terminen habe ich zur Kenntnis genommen:

Wilhelmshaven, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Datum, Unterschrift**