



VEREINBARUNG betreffend Terminbuchung und AUSFALLHONORAR

zwischen

Neurologische Praxis Dres. Aron Kozma und Ildikó Tiszolci GbR

Münchner Straße 66a, 85221 Dachau

– nachfolgend „Praxis“ –

und

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

– nachfolgend „Patient“ –

1. Terminvergabe nach dem Bestellsystem

Die Praxis vergibt Untersuchungs-, Beratungs- und Behandlungstermine im Bestellsystem. Behandlungstermine werden so vergeben, dass für den jeweiligen Patienten ein bestimmtes Zeitfenster ausschließlich reserviert wird und für den Termin individuelle ärztliche, diagnostische und organisatorische Zeitfenster und die hierfür erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen eingeplant werden.

Während der reservierten Zeit plant die Praxis regelmäßig keine anderen Patienten ein. Die Praxis ist daher auf die Einhaltung beziehungsweise rechtzeitige Absage der vereinbarten Termine durch den Patienten angewiesen.

2. Zutreffende Angaben bei der Terminbuchung

Der Patient ist verpflichtet, bei der Terminbuchung vollständige und zutreffende Angaben zu machen und die für sein Anliegen vorgesehene Terminart auszuwählen.



Insbesondere darf der Patient keinen kürzeren Termin buchen, der ausschließlich für bereits in der Praxis bekannte Patienten oder für eine kurze Verlaufskontrollen vorgesehen ist.

Werden bei der Terminbuchung falsche oder unvollständige Angaben gemacht oder wird eine erkennbar unzutreffende Terminart gewählt, kann die für eine ordnungsgemäße Untersuchung erforderliche Zeit nicht eingeplant werden.

In diesem Fall besteht kein Behandlungsanspruch des Patienten. Die Praxis ist berechtigt, den unzutreffenden Termin aufzuheben odervorzeitig zu beenden oder in Absprache mit dem Patienten auf einen geeigneten neuen Termin umzubuchen.

Dies gilt insbesondere dann, wenn bewusst falsche oder unvollständige Angaben gemacht oder eine unzutreffende Terminart gewählt wurde, um einen früheren beziehungsweise anderweitig nicht verfügbaren Termin zu erhalten.

Die Behandlung akuter medizinischer Notfälle bleibt hiervon unberührt.

3. Rechtzeitige Terminabsage

Der Patient verpflichtet sich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten oder - sofern ihm dies nicht möglich ist - den Termin rechtzeitig abzusagen. Eine rechtzeitige Absage liegt vor, wenn der Patient den Termin spätestens **24 Stunden vor dem vereinbarten Termin** absagt. Die Absage kann erfolgen:

- telefonisch während der telefonischen Erreichbarkeit der Praxis,
- per E-Mail an praxis@neurologie-dachau.de,
- über Doctolib oder
- über einen anderen von der Praxis ausdrücklich angebotenen Kommunikationsweg.

Maßgeblich ist der Zeitpunkt, zu dem die Absage bei der Praxis eingeht.

4. Vereinbarung eines Ausfallhonorars

Sagt der Patient einen gebuchten Termin nicht rechtzeitig ab oder erscheint er nicht zum Termin, ist die Praxis berechtigt, ein Ausfallhonorar verlangen. Das Ausfallhonorar beträgt pauschal **80,00 €** pro Termin.

Das Ausfallhonorar stellt keinen Ersatz für eine nicht erbrachte Behandlung dar, sondern eine pauschalisierte Schadensersatzleistung für das nutzlos freigehaltene Behandlungszeitfenster und den daraus resultierenden wirtschaftlichen Schaden der Praxis.



Die Praxis berücksichtigt bei der Bemessung des Ausfallhonorars ersparte Aufwendungen und die Möglichkeit, den Termin anderweitig zu vergeben. Kann die Praxis den ausgefallenen Termin kurzfristig anderweitig nutzen, wird kein Ausfallhonorar erhoben.

Dem Patienten bleibt ausdrücklich der Nachweis gestattet, dass der Praxis kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist, als durch das Ausfallhonorar pauschaliert.

5. Unverschuldete Verhinderung

Ein Ausfallhonorar wird nicht verlangt, wenn der Patient den Termin aufgrund eines unvorhersehbaren Ereignisses unverschuldet nicht wahrnehmen oder nicht rechtzeitig absagen konnte. **Die Praxis kann einen geeigneten und zumutbaren Nachweis verlangen.**

Als Nachweise kommen je nach Einzelfall insbesondere in Betracht:

- ärztliche Bescheinigungen,
- Krankenhaus- oder Notfallunterlagen,
- Notarztprotokolle,
- polizeiliche oder behördliche Bescheinigungen oder
- vergleichbare geeignete Unterlagen.

Der Patient muss keine Diagnose oder weitergehende medizinische Einzelheiten offenlegen, soweit diese zum Nachweis der unverschuldeten Verhinderung nicht erforderlich sind.

6. Fälligkeit und Zahlungsweise

Das Ausfallhonorar wird mit Zugang der entsprechenden Rechnung fällig und ist innerhalb von 14 Tagen ohne Abzug auf das in der Rechnung angegebene Konto zu zahlen.

Die Praxis ist berechtigt, das Ausfallhonorar auch bar in der Praxis entgegenzunehmen.

7. Besonderheiten bei gesetzlich Versicherten

Ist der Patient gesetzlich krankenversichert, so erfolgt die Abrechnung der erbrachten medizinischen Leistungen nach den jeweils geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über die Kassenärztliche Vereinigung.

Das Ausfallhonorar nach dieser Vereinbarung ist eine eigenständige privatrechtliche Verpflichtung des Patienten und steht neben dem System der gesetzlichen Krankenversicherung. Es wird ausschließlich für den Fall geschuldet, dass der Patient einen vereinbarten Termin ohne rechtzeitige Absage nicht wahrnimmt und der Praxis hierdurch ein Ausfall entsteht.



8. Keine Erstattung durch Kostenträger

Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar regelmäßig nicht von gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen, Beihilfestellen, Berufsgenossenschaften oder sonstigen Kostenträgern übernommen wird. Das Ausfallhonorar ist daher vom Patienten beziehungsweise vom Zahlungspflichtigen selbst zu tragen.

9. Geltungsdauer

Diese Vereinbarung gilt ab ihrer Unterzeichnung für sämtliche zukünftig vereinbarten Termine in der Praxis, sofern im Einzelfall nichts anderes schriftlich vereinbart wird. Der Patient kann die Vereinbarung mit Wirkung für noch nicht vereinbarte zukünftige Termine widerrufen.

10. Bestätigung

Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift,

- die Regelungen zur Terminbuchung, Terminabsage und zum Ausfallhonorar gelesen und verstanden zu haben,
- vor den von dieser Vereinbarung erfassten zukünftigen Terminen über die Regelungen informiert worden zu sein und
- mit den vorstehenden Bedingungen einverstanden zu sein.

Dachau, Datum:

Unterschrift Patient beziehungsweise gesetzlicher Vertreter:

Name des gesetzlichen Vertreters, falls zutreffend:

Unterschrift Praxis