Zahnarztpraxis Christian Scheppang

Zahnarztpraxis

Nordpromenade 23 - 15926 Luckau - Tel: 03544-2669 - Fax:

Kenntnisnahme über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine

Herr / Frau

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diesen Termin unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden **kann** (§§ 615 / 280 BGB).

Berechnungsgrundlage für das in diesem Fall anfallende "Ausfallhonorar" ist der durchschnittliche Kostenfaktor für eine Praxisstunde, der sich auf einen Betrag in Höhe von 120,00 € / Stunde beläuft.

Bei Professioneller Zahnreinigung beträgt das anfallende "Ausfallhonorar" 50,00 € / Stunde.

.....
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

Zahnarztpraxis Christian Scheppang

Zahnarztpraxis

Nordpromenade 23 - 15926 Luckau - Tel: 03544-2669 - Fax:

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Patient/in:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Brandenburg oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO)

.....
Datum, Unterschrift Patient/in