

	Dr. Oberthür Dr. Schäfer Dr.F.Oberthür	Änder- Stand 02	
	Hautärzte, Allergologie, Phlebologie und ambulante Operationen Straße der Republik 17-19, 65203 Wiesbaden-Biebrich Tel.: 06 11 -60 30 85; Fax: 06 11 -69 23 46	Seite 1 /1	F-94

OP-Ausfallpauschale (sowie für alle anderen längeren Behandlungen)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie erhalten heute einen Termin für einen operativen Eingriff.

Aufgrund der deutlichen Zunahme von malignen (bösartigen) Erkrankungen, ist es für die betroffenen Patienten sehr wichtig, kurzfristig einen Termin zur operativen Entfernung zu bekommen.

Auch Sie könnten möglicherweise einmal davon betroffen sein, und wären über einen kurzfristigen Termin sehr dankbar.

Leider kam es in letzter Zeit mehrmals vor, dass OP Termine von Seiten der Patienten gar nicht oder erst am OP Tag abgesagt wurden. Somit ist es leider nicht mehr möglich, diese frei gewordenen Termine an andere Patienten zu vergeben. Deshalb ist es außerordentlich wichtig, dass der vereinbarte Termin auch eingehalten oder mindestens 2 Werktage vorher abgesagt wird.

Dies gibt uns die Möglichkeit, einem anderen Patienten einen zeitnahen Termin anzubieten.

Durch nicht abgesagte Termine verschiebt sich unsere Terminvergabe für OP's immer weiter in die Zukunft und eine kurzfristige Terminvergabe, bei dringlichen Eingriffen, wird deutlich erschwert.

Wir bitten um ihr Verständnis, dass Sie bei nicht Stornierung Ihres operativen Eingriffes einen Ausfallbetrag in Höhe von **€ 50,- Euro je angefangene halbe Stunde** entrichten müssen. Diese Zahlung wird in der Regel über die ärztliche Verrechnungsstelle Limburg-Lahn abgewickelt.

(Im Falle einer plötzlichen Erkrankung sehen wir bei Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Attests hiervon ab)

Hiermit erteile ich gemäß Bundesdatenschutzgesetz Herrn Dr. med. Oberthür die Erlaubnis, die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Ärztliche Verrechnungsstelle PVS Limburg-Lahn GmbH weiterzuleiten und die Rechnungsforderung an die PVS zum Einzug abzutreten.

Wir danken für Ihr Verständnis und wünschen Ihnen einen guten Behandlungserfolg.

Ihr Praxisteam.

Ich habe diese Regelung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Datum