



ZENTRUM FÜR UNIVERSITÄRE INNERE MEDIZIN ST. PÖLTEN

Univ.-Prof. Doz. Dr. Bernhard **Angermayr**
Doz. Dr. Klaus **Bobacz**
Doz. Dr. Stefan **Kastl**
Doz. Dr. Walter **Speidl**

Information & Einverständnis - Terminabsagen

Wir nehmen uns für unsere Patienten **ausreichend Zeit** und stellen für Untersuchungen **qualifiziertes Personal** und **moderne Geräte** zur Verfügung. Bei einer zu **kurzfristigen Terminabsage** können wir solche Termine nicht nachbesetzen, sodass uns **Kosten entstehen**. Wir informieren Sie hiermit darüber, **unter welchen Umständen** wir einen Teil dieser Kosten weiterverrechnen und ersuchen um Ihr Verständnis. Unser Ziel ist es nicht, durch Nichtigerscheinen unserer Patienten Geld zu verdienen, sondern **sicherzustellen**, dass Termine eingehalten bzw. **rechtzeitig abgesagt** werden, um möglichst vielen **Patienten** eine Behandlung bei uns zu ermöglichen.

1. Ich nehme zur Kenntnis, dass eine zu kurzfristige Terminabsage oder ein Nichtigerscheinen zum Termin für **Erstvorstellungen** und **alle separat vereinbarten Untersuchungstermine** (Ultraschall, Ergometrie, 24-Stunden EKG und 24-Stunden Blutdruckmessung,...) Kosten verursacht, die an mich weiterverrechnet werden.
2. Eine **kostenfreie Absage ist bis 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin möglich, da wir dann den Termin an einen anderen Patienten vergeben können. Wochenenden und Feiertage zählen nicht zur 24-Stunden-Frist, d.h. ein Termin am Montag um 10 Uhr muss bis Freitag 10 Uhr der Vorwoche abgesagt werden.
3. Die **Kosten** bei nicht fristgerechter Absage eines jeden Termins belaufen sich auf **90 Euro**. Ich bin damit einverstanden, dass mir diese Kosten **unabhängig vom Grund** der nicht zeitgerechten Absage in Rechnung gestellt werden.

Datum, Name und Unterschrift