

## Behandlungsvertrag Dysplasie-Sprechstunde

(Beurteilung des Muttermundes bei Auffälligkeiten)

Sehr geehrte Patientin,

Sie haben um einen Termin zur Dysplasie-Sprechstunde in unserer Praxis gebeten. Bei diesem Termin handelt es sich um eine Spezialuntersuchung für die es derzeit in Deutschland nur begrenzt terminliche Möglichkeiten gibt. Im Falle, dass sie ihren Termin nicht wahrnehmen können aus persönlichen Gründen, Krankheit oder bei Menstruation bitten wir sie uns möglichst früh zu informieren. Nur so können wir diese zeitintensiven, begrenzten Termine an andere wartende Patientinnen weiter geben.

Bei **Nichtabsage** bis 1 Werktag, mindestens aber 24 Stunden, vor ihrem vereinbarten Termin behalten wir uns vor Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 100€ (gemäß der geplanten Untersuchung nach GOÄ) in Rechnung zu stellen (§615 BGB).

Ich habe oben genannten Behandlungsvertrag gelesen und akzeptiert

Ich bin mit o.g. Behandlungsvertrag nicht einverstanden

(in diesem Fall ist eine Terminvergabe in unserer Praxis leider nicht möglich)

Patienten Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Überweisender Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Datum und Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient