

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Liebe Patientin, lieber Patient

Bitte lesen Sie folgenden Inhalt sorgfältig durch.

- Für den erstmaligen Termin zur Schmerztherapie ist eine Dauer von 80 Minuten vorgesehen, während für Quartalstermine eine Zeit von 30 Minuten eingeplant ist. Sollte Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls sehen wir uns gezwungen, Ihnen eine Ausfallgebühr (Privat analog GOÄ von 60,00 €), in Rechnung zu stellen.
- Es ist zwingend erforderlich, zu jedem Quartalstermin, eine Überweisung zur Schmerztherapie einzureichen, damit, u.a., die überweisende Arztpraxis einen Befundbericht erhält.

Mit der Berichterstattung an den Hausarzt:

Name/Adresse des Hausarztes

Bin ich einverstanden:

Bin ich nicht einverstanden:

Den oben genannten Inhalt habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Duisburg den, _____ Unterschrift: _____