



## Ausfallhonorar- vereinbarung

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Anliegen, dass Sie den schnellstmöglichen Termin und eine unverzügliche Behandlung bekommen. Unterstützen Sie uns in diesem Anliegen, indem Sie uns rechtzeitig darüber informieren, wenn Ihnen die Einhaltung eines vereinbarten Termins nicht möglich ist.

Ihr Behandlungstermin ist ein für Sie reservierter Zeitraum. Wenn Sie nicht zum vereinbarten Termin erscheinen, stehen unsere Geräte (MRT oder CT) leer. So wird anderen Patientinnen und Patienten, die auch auf einen Termin warten, die Möglichkeit zu einer früheren Untersuchung genommen.

Wir stellen deswegen bei Terminen, die nicht wahrgenommen oder nicht **mindestens 24 Stunden** vorher abgesagt wurden, eine Ausfallpauschale von mindestens **40,00 EUR** bis zu **250,00 EUR** (in Abhängigkeit vom Termin und der Untersuchung) in Rechnung.

### Ausfallhonorarvereinbarung

zwischen

und

**Radiologie Zentrum Schwabmünchen**  
**Dr. med. U. Engelmayer**  
**Wittelsbacherstraße 1**  
**86830 Schwabmünchen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(nachfolgend Ärztin)

(nachfolgend Patient\*in)

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

1. Die Parteien sind sich darüber einig, dass die vereinbarten Termine grundsätzlich verbindlich sind.
2. Die Ärztin betreibt eine Bestellpraxis. Behandlungstermine werden langfristig geplant, um einen reibungslosen Ablauf in der Praxis zu gewährleisten und längere Wartezeiten für Patienten zu vermeiden.
3. Zur Vermeidung von Leerläufen ist es daher erforderlich, dass Behandlungstermine, die nicht wahrgenommen werden, frühzeitig abgesagt werden und anderen Patient\*innen zur Verfügung gestellt werden.
4. Ärztin und Patient\*in sind sich darüber einig, dass ein vereinbarter Behandlungstermin, der nicht wahrgenommen werden kann, **mindestens 24 Stunden** vor dem Behandlungstermin abgesagt werden muss. Die Absage hat telefonisch unter der Rufnummer **08232/959850** oder textlich, z.B. per E-Mail an **info@radiologie-zentrum.de**, zu erfolgen.
5. Es wird vereinbart, dass der Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin von Ihnen nicht fristgerecht abgesagt und nicht eingehalten wird. In diesem Fall besteht Einverständnis, dass die Arztpraxis eine Ausfallhonorarpauschale in Höhe von mindestens **40,00 EUR** bis zu **250,00 EUR** je nicht rechtzeitig abgesagtem Termin (in Abhängigkeit von der Termin- und Untersuchungsart) von Ihnen beanspruchen wird.
6. Bei unverschuldeter Verhinderung des/der Patienten\*in kann eine Absage auch kurzfristig vor dem Behandlungstermin erfolgen.
7. Ausfallhonorare werden von Krankenversicherungen üblicherweise nicht erstattet.
8. Der Nachweis darüber, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt hiervon ebenso unberührt, wie der Nachweis eines höheren Schadens durch die Ärztin.

Ich (Patient\*in) bestätige, den Inhalt dieser Vereinbarung zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich mein Einverständnis hierzu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in