

Imke Ohlrogge
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Johannisstraße 3
26121 Oldenburg

Einwilligung zur Erhebung eines Ausfallhonorars

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellprinzip geführt wird. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen Wartezeit erspart. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie die vereinbarten Termine vorher absagen müssen, wenn Sie diese nicht einhalten können, damit ich die Zeit anderweitig verplanen kann.

Aus diesem Grund bitte ich Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wenn diese Frist nicht eingehalten wird, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,- € in Rechnung gestellt.

Danke für Ihr Verständnis!

Ich erkläre mich mit der oben genannten Regelung zum Ausfallhonorar einverstanden.

Oldenburg, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____