



Terminstornierungsrichtlinien „CT-gesteuerte Facetteninfiltration“

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon (bitte unbedingt angeben!)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Termine zur CT-gesteuerten Facetteninfiltration bei uns mit großer Sorgfalt geplant werden, um sicherzustellen, dass wir Ihnen die bestmögliche Behandlung und Betreuung bieten können.

Kurzfristige Absagen oder das Nichterscheinen führen zu erheblichen Unannehmlichkeiten und Engpässen in unserer Terminplanung, die anderen den Zugang zu benötigter medizinischer Versorgung erschweren.

1. Wir bitten Sie daher, uns Änderungen oder Stornierungen Ihres Termins rechtzeitig mitzuteilen, damit wir unsere Planung entsprechend anpassen können, das heißt:

- **Falls Sie Ihren Termin weniger als 48 Stunden im Voraus absagen oder nicht erscheinen, erheben wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 90,00 €.**
Dieses Honorar deckt die Kosten für die reservierte Zeit und die entgangenen Einnahmen aufgrund der nicht wahrgenommenen Behandlung.

2. Bitte beachten Sie zudem:

- die **Überweisung** zu der genannten Untersuchung **muss ausschließlich von einem Schmerztherapeuten / einer Schmerztherapeutin*** ausgestellt sein – eine von einem anderen medizinischen Fachgebiet ausgestellte Überweisung dürfen wir nicht annehmen.
- Es handelt sich bei der Untersuchung **nicht** um eine sog. **PRI (periradikuläre Infiltration)**. Diese bieten wir in unserem Haus nicht an.
- Die Untersuchung führen wir **ausschließlich an der Lendenwirbelsäule (LWS)** durch.
- Bei Nichtbeachten der genannten Punkte wird ebenfalls das genannte Ausfallhonorar fällig.

*Gerne händigen wir Ihnen eine Liste mit entsprechenden Praxen aus.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit bei der Einhaltung unserer Terminvereinbarungsrichtlinien. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Um sicherzustellen, dass Sie die Richtlinien verstehen und akzeptieren, bitten wir Sie, dieses Schreiben zu unterzeichnen und uns **frühzeitig vor Ihrem Termin** – per Mail / Postweg / Fax - **zurückzusenden**. Ohne Vorlage des unterschriebenen Dokumentes ist der Termin **nicht** bestätigt!
Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Stornierungsrichtlinien informiert wurden und diesen zustimmen.

Datum und Unterschrift Patientin / Patient