

Information und Einwilligung zur Ausfallpauschale in der Kinderambulanz

Sehr geehrte Patientinnen, Patienten und deren Eltern!

Wir möchten Ihnen auf diesem Wege ein paar wichtige Informationen mitteilen, die Sie im Zusammenhang mit dem Besuch der Kinderambulanz berücksichtigen sollten:

- Wir benötigen einen aktuellen **Überweisungsschein**, der von einem **Kinderfacharzt** ausgestellt sein muss. Sollte Ihr Kind bei einem Allgemeinarzt in Behandlung sein, fragen Sie ihn mit welchem Kinderarzt er in diesem Falle zusammenarbeitet, um die passende Überweisung zu bekommen, ansonsten können die anfallenden Kosten leider nur über eine Privatrechnung gedeckt werden.
- Bringen Sie außerdem bitte die **Versicherungskarte**, das **gelbe Vorsorgeheft**, den **Impfpass** und **alle weiteren Befunde Ihres Kindes** mit.
- Für einen Sprechstundentermin bei Herrn Prof. Dr. Martin zur Beurteilung des Wachstums und der Pubertät laden Sie bitte den dafür vorgesehenen **Fragebogen** auf unserer Homepage herunter und **bringen ihn ausgefüllt mit**.
- Bitte richten Sie Ihren Besuch zeitlich so ein, dass Sie bereits **15 Minuten vor dem genannten Ambulanztermin** vor Ort sind, um sich anzumelden. Die **Zentrale Patientenmeldung** finden Sie im Eingangsbereich der Filderklinik. Nach der Anmeldung gehen sie auf derselben Ebene zur **Kinderambulanz**.

Ausfallpauschale bei Terminversäumnis

Da Prof. Dr. David Martin nur einzelne Tage im Monat für Ambulanztermine in den Fachbereichen Endokrinologie und Diabetologie in der Filderklinik sein kann und dafür einen erheblichen Anfahrtsweg hat, ist es für uns sehr wichtig, dass Sie Ihre Termine einhalten bzw. rechtzeitig absagen.

Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte mindestens 48 Stunden im Voraus ab unter:

Tel: 0711-7703-1370 oder Email: kinderambulanz@filderklinik.de

Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfall-Pauschale in Höhe von 50,00 Euro zu berechnen.

Hiermit willige ich ein, bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage, eine Ausfall-Pauschale in Höhe von 50,00 Euro zu entrichten.

Name / Geburtsdatum Patient: _____

Straße / Hausnummer: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Name / Geburtsdatum Erziehungsberechtigte/r: _____

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____

Bitte drucken Sie diesen Bogen aus und schicken ihn ausgefüllt an:

**Filderklinik
Im Haberschlag 7
70794 Filderstadt
z.H. der Kinderambulanz**

Bogen bitte erst NACH telefonischer Absprache mit der Kinderambulanz ausfüllen – dann ist der Bogen verbindlich zuzusenden!