



An meine Patienten und Erziehungsberechtigten

Dr.med. Jennifer-Judith Hladun

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie

1. Ausfallentschädigung

Aufgrund der Organisation in der Praxis ist es notwendig, dass Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Nur so ist es möglich, den Termin anderweitig an Patienten zu vergeben, die auf der Warteliste stehen.

Außer in besonders begründeten Fällen sehen wir uns ansonsten gezwungen, Ihnen für den nicht wahrgenommenen Termin **40,00 Euro** in Rechnung zu stellen.

2. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, die Datenschutzbestimmungen gelesen zu haben und mit einer Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten einverstanden zu sein.

Bitte hier die Personalien des Erziehungsberechtigten eintragen:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Ich habe die o. g. Bedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Braunschweig, den _____

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r