**PROF. DR. A. KUPSCH**

**NEUROLOGIE & GERIATRIE**

Bismarckstr. 45 - 47, 10627 Berlin

Tel: 030-610818680 Fax: 030-610818689

kontakt@neurologie-bewegt.de

**——————————————————————————————————————————————————————————————————————**

Sehr geehrte, liebe Patientinnen und Patienten,

Wir haben Verständnis für Terminabsagen und Terminverlegungen und versuchen dies auch über elektronische Hilfestellungen zu optimieren.

Leider werden aber immer wieder Termine unentschuldigt nicht wahrgenommen. Dies behindert nicht nur die reguläre Praxisplanung, sondern auch eine rasche Terminvergabe für andere Patienten.

**Wir erheben daher bei unentschuldigt nicht wahrgenommenen Terminen** (Absage elektronisch, telefonisch, per Fax bis zu 24 Stunden vorher) **ein Ausfallhonorar von 50 €.**

**Ich habe diese Hinweise gelesen und verstanden und erkläre mich mit dem Ausfallhonorar einverstanden.**

Name des Patienten:

Unterschrift:

Datum:

**Schriftliche Einwilligung zur Videosprechstunde durch den Patienten**

Der Patient willigt hiermit in die Behandlung mittels Videosprechstunde durch unsere Fachärzte ein und bestätigt, dass er bereits in unserer Praxis behandelt wurde.

Er versichert, für die Videosprechstunde möglichst folgende Rahmenbedingungen für eine störungsfreie Videosprechstunde zu erfüllen:

* geschlossener Raum,
* Ruhe,
* geeignete Technik (sicherer und schneller Internetzugang),
* gute Lichtverhältnisse.

Sind die Bedingungen nicht geeignet, so kann der Arzt die Videosprechstunde abbrechen.

Dem Patienten wird durch die Arztpraxis ein Zugangscode je Videosprechstunde mitgeteilt.

Der Zugang zur Videosprechstunde ist perspektivisch auch über die Internetseite der Praxis www.neurologie-bewegt.de möglich.

Name des Patienten:

Unterschrift:

Datum: