



**Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient über Ausfallhonorar
gemäß § 615 BGB**

Pat.: **Frau/Herr**

Bei Ihnen ist am: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

um: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. **Uhr**

eine kosmetische IGEL- Behandlung jeglicher Art (z. B. Botox/ Hyaluron/ ACP/ Dermaroller/ Besenreiser- Sklerosierung, Laser- Behandlung oder Entfernung von störenden Hautveränderungen) vorgesehen.

Um Ihnen und Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden, haben wir Ihnen dafür ein größeres Zeitfenster reserviert.

Sollten Sie diesen Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte den Termin mindestens 48 Std. vorher ab.

Sie erreichen uns unter:

Telefon: 0531- 132 42

Fax: 0531- 240 9003

Mail: hautaerzte-braunschweig@gmx.de

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir bei zu spät abgesagten oder versäumten Terminen Ihnen ein Ausfallhonorar gemäß § 615 BGB in Höhe von 50,- € in Rechnung stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen und akzeptieren Sie diesen Behandlungsvertrag.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in