

**BAG Dr. med. K. Curschmann,**  
**Prof. Dr. med. S. Sel**  
 Augenarztpraxis  
 OP & Laserzentrum

**AUGENÄRZTE**

**Dr. med. Klaus Curschmann**  
 Facharzt für Augenheilkunde

**Mats Curschmann**  
 Facharzt für Augenheilkunde

**Prof. Dr. med. Saadettin Sel**  
 Facharzt für Augenheilkunde

**& Kollegen**

**AUGENARZTPRAXIS**  
 Ludwigstraße 30

67059 Ludwigshafen

Telefon 0621 5980-10

Telefax 0621 5980-120

**AUGENARZTPRAXIS**

**c/o Medical Center BASF**  
 Magnetbandstraße 5-7

67063 Ludwigshafen

Telefon 0621 5980-130

**OP ZENTRUM**

Salzburgerstrasse 15

67067 Ludwigshafen

Telefon 0621 5501-2284

Telefax 0621 55 40 414

**Einverständniserklärung über die Berechnung nicht eingehaltener Termine**

Sehr geehrte/r Patient/in, sehr geehrte Eltern,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Sie diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine einzuhalten.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen geplanten Termin wahrzunehmen, ist es zwingend erforderlich, dass Sie uns dies mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin per Telefon (0621-59 80 130) oder per Email (praxis@augen-curschmann.de) mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, für Sie einen neuen Termin zu vereinbaren.

Sollten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage bekommen und/ oder Sie/ und Ihr Kind zu dem vereinbarten Termin nicht erscheinen, müssen wir Ihnen einen Betrag von 50.- € für den ausgefallenen Behandlungstermin in Rechnung stellen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der oben genannten Vorgehensweise einverstanden.

Name des Patienten: .....

Geburtsdatum: .....

ggfls. Name des Erziehungsberechtigten: .....

Adresse: .....

.....

Krankenkasse: .....

Ludwigshafen am Rhein, den.....

.....

.....

Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlichen Vertreter

**BANKVERBINDUNG**

APO BANK

BIC DAAEDEDXXX

IBAN DE38 3006 0601 0007 3743 84