

Dienstausfallregelung



Liebe Patienten,

ich bitte um **verbindliche Anmeldung** sowie **24 Stunden vor dem Termin um Absage**, wenn Sie die **Beratung nicht wahrnehmen können**. **Sonst erlaube ich mir, für den Dienstausfall eine Gebühr von 30 € zu verlangen.**

Ich habe dies zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Datum:

Unterschrift des Patienten: