CURSCHMANN AUGEN

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

BAG Dr. med. K. Curschmann, M.Curschmann; Prof. Dr. med. S. Sel

Augenarztpraxis
OP & Laserzentrum

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.

WICHTIG: 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 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. Des Weiteren erklären Sie sich mit der Weitergabe Ihrer Daten zum Zwecke der Abrechnung und Abtretung der Forderung zum Zwecke des Einzugs an die PVS Südwest GmbH, C 8,9, 68159 Mannheim mit den Geschäftsstellen Karlsruhe und Freiburg sowie dem Druck und Versand der Rechnung durch die PVS SSC-Shared Service Center- GmbH, Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen, einverstanden.

Name des Patienten: ……

Geburtsdatum: ……

ggfls. Name des Erziehungsberechtigten: ……Geb.dat.:……

Adresse: ……

Tel.Nr.:……

Krankenkasse: ……

Ludwigshafen am Rhein, den……

……

Unterschrift des Patienten, bzw. des gesetzlichen Vertreters

BANKVERBINDUNG
APO BANK
BIC DAAEDEDDXXX
IBAN DE38 3006 0601 0007 3743 84

www.augen-curschmann.de
praxis@augen-curschmann.de