

**BAG Dr. med. K. Curschmann, M.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.

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 DAAEDEDXXX

IBAN DE38 3006 0601 0007 3743 84