

**Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin,
Psychosomatik und Psychotherapie,
Erkrankungen der Bewegungsorgane
und Regulationsmedizin**

:: Dr. med. Frank Jaschke
:: Dr. med. Guda Sichardt-Jaschke
:: Dr. med. Renée Jaschke

Friedrichstraße 34 :: 65185 Wiesbaden :: Telefon 0611.45 04 36 80 :: www.dr-jaschke.de

ANMELDUNG ZU EINER ERSTKONSULTATION VON MEHR ALS HALBSTÜNDIGER DAUER

BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name:..... Vorname(n):.....

Titel:..... Geburtsdatum:.....

PLZ: Wohnort:

Straße und Hausnummer:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

Telefon mobil:

E-Mail (1):

E-Mail (2):

Krankenversicherung:

Ich möchte in der Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie, Erkrankungen der Bewegungsorgane und Regulationsmedizin, Dr. med. Frank Jaschke, Dr. med. Guda Sichardt-Jaschke und Dr. med. Renée Jaschke beraten, untersucht und ggf. behandelt werden. Für meinen ersten Termin in der Praxis ist mir auf meinen ausdrücklichen Wunsch eine Konsultationszeit von mehr als einer halben Stunde Dauer, nämlich von **60 – 90 – 120 Minuten** reserviert worden.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Sollte ich zum vereinbarten Termin nicht erscheinen können, werde ich die Konsultation mindestens 24 Stunden vorher absagen. Für Montag vereinbarte Termine werde ich bis zum vorangehenden Freitag 12 Uhr absagen. Bei Nichterscheinen ohne Absage oder zu kurzfristiger Absage werden mir pro reservierter halber Stunde 50 € Ausfallgebühr berechnet, die ich bezahlen werde. Von der Berechnung kann ganz oder teilweise nur abgesehen werden, wenn es der Praxis rechtzeitig und mit vertretbarem Aufwand gelingt, den Termin ganz oder teilweise anderweitig zu vergeben. Die Ausfallgebühr für versäumte Konsultationen wird nicht durch die Krankenversicherungen/ Beihilfestellen erstattet.

Ich weiß, dass für diese Praxis keine Zulassung für die Erbringung von Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen besteht. Die Leistungen werden nach den gesetzlichen Bestimmungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

....., den

Ort

Datum

.....

Unterschrift des Patienten/der Patientin
bzw. des gesetzlichen Vertreters