

Formular zur Terminabsage im Krankheitsfall

Liebes Praxisteam,

mit diesem Formular möchten wir unseren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geben, einen Termin im Krankheitsfall unkompliziert und kostenfrei zu stornieren. Ein ärztliches Attest oder eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist hierfür nicht erforderlich.

Angaben des Patienten / der Patientin (bitte ausfüllen):

Vorname und Name

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Geplanter Termin (Datum und Uhrzeit):

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person zum angegebenen Termin aus gesundheitlichen Gründen nicht behandlungsfähig war.

Datum

Unterschrift / Praxisstempel