

Kinder- und Jugendarztpraxis Barbara Domes und Dr. med. Anita Sommer

Wie ist Ihr Kind versichert?       gesetzlich       privat

Über wen ist das Kind versichert? \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

---

Wir weisen darauf hin, dass für fest vereinbarte Termine **bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage** (spätestens 24 Stunden vor dem Termin) eine **Ausfallgebühr in Höhe von 50 EURO** geltend gemacht wird, falls der Termin nicht anders vergeben werden kann (nach § 615 BGB).

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis der o. g. Vereinbarung.

Karlsfeld, den \_\_\_\_\_      Unterschrift Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

---

Der Versand von persönlichen und/oder gar medizinischen Daten per Email wird aus datenschutzrechtlichen Gründen durch uns keinesfalls empfohlen, generell gilt für sensible Daten, dass diese am sichersten durch die Briefpost zugestellt werden. Im Übrigen verweisen wir auf folgende Datenschutzerklärung.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit auf Löschung und Auskunft dieser Daten.  
Ich kann jederzeit per Post (Münchner Str. 187, 85757 Karlsfeld) Widerspruch gegen die Einwilligungserklärung erheben.

Die Information zum Datenschutz habe ich erhalten und ich erkläre mich damit einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_