



Augenarztpraxis Neuburger Burau Schmidt

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Terminanfrage für unsere Sehschule.

um einen passenden Termin für Ihr Kind vereinbaren zu können, benötigen wir vorab noch folgende Angaben:

Vollständiger Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Vollständige Adresse inkl. Wohnort: _____

Vor und Nachname eines Erziehungsberechtigten: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse (bei der das Kind versichert ist): _____

Neupatient? Ja ☐ Nein ☐

Ihr bisheriger Augenarzt: _____

Ihre Beschwerden / Ihr Anliegen / falls Überweisung vorhanden - was steht darauf :

Wichtiger Hinweis zum Termin:

Der Termin in der Sehschule muss **ausschließlich mit dem angemeldeten Kind** wahrgenommen werden. Wir bitten zu diesem Termin **ohne Geschwisterkinder** in der Praxis zu erscheinen.

Bevor wir Ihnen einen Termin vergeben, benötigen wir dieses vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular.

Bitte beachten Sie: Wird ein vereinbarter Termin **nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt oder verschoben**, stellen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von **75,00 €** in Rechnung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir in diesem Formular angegebenen Daten und erkläre mich einverstanden, bei nicht rechtzeitig abgesagtem Termin die Ausfallgebühr von €75,- zu bezahlen.

Ort, Datum _____

Erziehungsberechtigte(r)