



AUGENARZTPRAXIS BÜTTNER

Poststr. 10 75172 Pforzheim

Tel 07231 32366

service@augen-buettner.de

Sehr geehrte Eltern,

vielen Dank, dass Sie uns die Gesundheit der Augen Ihres Kindes anvertrauen.

Wir stellen für unsere Kinder- und Sehschulsprechstunde speziell ausgebildetes und geschultes Personal bereit. Dies stellt für uns einen erheblichen Mehraufwand und auch Mehrkosten dar.

Wir verstehen, dass mal etwas dazwischenkommt, seien es andere Termine oder Krankheit. In einem solchen Fall können Sie uns gerne entweder *telefonisch, per E-Mail, persönlich oder auch schriftlich per Post* informieren und den Termin verschieben oder auch ganz absagen. Hierfür haben wir volles Verständnis.

Um anderen jungen Patienten, welche sonst tlw. sehr lange auf einen Termin warten müssen, die Möglichkeit geben zu können kurzfristig einzuspringen, bitten wir hier um Ihre Kooperation.

Leider kommt es in letzter Zeit zunehmend zu weitreichenden Ausfällen durch nicht wahrgenommene, **nicht abgesagte** Termine.

Wir sehen uns deshalb gezwungen, künftig die Terminvergabe folgendermaßen vorzunehmen:

- Bitte füllen Sie zunächst beiliegende Formulare einschließlich der Erklärung zur Terminausfallgebühr **VOLLSTÄNDIG** aus. Gerne können Sie diese auch in der Praxis abholen oder vor Ort ausfüllen.
- **Sobald uns alle Unterlagen unterschrieben vorliegen** (*Original oder Scan mit eigenhändiger Unterschrift eines Elternteiles/Erziehungsberechtigten*) **nehmen wir zur Vereinbarung eines Termins gerne telefonisch oder auch per E-Mail mit Ihnen Kontakt auf.**

Es tut uns leid, dass wir hierdurch den Familien, die ihre Termine immer zuverlässig wahrnehmen einen zusätzlichen Aufwand verursachen, aber ansonsten ist uns ein wirtschaftliches Arbeiten nicht möglich und wir könnten somit für Kinder keine Sprechstundentermine mehr anbieten.

Wir bitten um Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit!

Sollten Sie hierzu Fragen haben, können Sie uns gerne ansprechen.

Vielen Dank,

Ihr Team der Augenarztpraxis Büttner

FÜR AKUTE NOTFÄLLE GILT DIESES VORGEHEN NATÜRLICH NICHT

Anlagen: - bitte für jedes Kind getrennt ausfüllen und unterschrieben zurück an die Praxis senden -

Anamnesebogen

Erklärung zur Übernahme der Terminausfallgebühr



AUGENARZTPRAXIS BÜTTNER

Poststr. 10 75172 Pforzheim

Tel 07231 32366

service@augen-buettner.de

Name, Vorname*

Geb.-Datum*

Kinderarzt* _____

Ihre Tel-Nr.*: _____

Ihre E-Mail*: _____

Schule _____

in Ausbildung _____

Aktuelle Beschwerden / Besuchsgrund*: _____

Gewünschte Kontaktaufnahme*:

telefonisch

per e-Mail

* Pflichtangaben

Trägt Ihr Kind eine Brille oder Kontaktlinsen?

ja, seit wann? _____ Jahre

Wie alt ist die aktuelle Brille? _____ Jahre

nein

Fällt bei Ihrem Kind ein Schielen auf?

ja, seit wann? _____ Tage/Jahre?

nein

Wird aktuell oder wurde ein Auge regelmäßig abgeklebt? ja

nein

Aktuell wie lange? _____ Stunden / Tag für _____ Tage / Woche

Bis zu welchem Alter? _____ Jahre

Sind die Pupillen Ihres Kindes schon einmal weitgetropft worden?

ja

nein

Hat es die Tropfen gut vertragen?

ja

nein

Sind bei Ihrem Kind Augenerkrankungen bekannt? ja, _____

nein

Nimmt Ihr Kind Augentropfen?

ja

nein

Name der Augentropfen	R	L	Wie oft?	Seit wann?



AUGENARZTPRAXIS BÜTTNER

Poststr. 10 75172 Pforzheim

Tel 07231 32366

service@augen-buettner.de

Hatte Ihr Kind Augenoperationen oder Lasereingriffe? ja, _____ nein

Gibt es in der Familie Augenerkrankungen? ja nein

Welche? _____

Wer betroffen? _____

Gab es Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchungen? ja, _____
 nein

Leidet Ihr Kind unter chronischen Erkrankungen? ja, _____
 nein

Sind Herzfehler, Fieberkrämpfe oder Epilepsie bekannt? ja, _____
 nein

Leidet Ihr Kind unter Allergien? ja, _____
 nein

Besteht eine Lese-Rechtschreib-Störung? ja nein

Besteht ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS, ADHS)? ja nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahmen? ja (s.u.) nein

Wirkstoff mit Wirkstärke z.B. Dolorit 25mg	Handelsname z.B. Schmerzweg®	Darreichungs- -form z.B. Tablette	Grund der Anwendung z.B. Schmerzen	Dosis / Dosierhinweise / Dauer			
				Morgen	Mittag	Abend	Nacht



AUGENARZTPRAXIS BÜTTNER

Poststr. 10 75172 Pforzheim

Tel 07231 32366

service@augen-buettner.de

Erklärung zur Übernahme einer Terminausfallgebühr

Daten des zu behandelnden Patienten (Kind)

Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum
Adresse		
Krankenversicherung / Krankenkasse		

Daten eines Elternteils / Erziehungsberechtigten

Name, Vorname Elternteil / Erziehungsberechtigte(r)		Geburtsdatum
Adresse (falls abweichend von obiger Adresse)		Telefonnummer
E-Mail-Adresse		

Ich erkläre hiermit freiwillig, dass ich die Terminausfallsgebühr in Höhe von **30,- Euro** innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungstellung begleichen werde, falls

- der für mein minderjähriges Kind vereinbarte und eigens für mein o.g. Kind individuell reservierte Termin in der Kinder-/Sehchulsprechstunde nicht wahrgenommen wird
- **und** dieser Termin nicht mindestens 24 Stunden vorher telefonisch, schriftlich, per e-Mail oder persönlich abgesagt wurde.

Die Gebühr entfällt, falls ein anderer Patient kurzfristig diesen Termin übernimmt, oder falls ich belegen kann, dass der Termin ohne eigenes Verschulden verpasst wurde (z.B. Krankheit oder Unfall).

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift Arzt