

## Hinweis auf Einhalten der Behandlungstermine

Name der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bereits zur Beginn Ihrer Parodontitisbehandlung hatten wir Sie darauf hingewiesen, dass wir nur dann einen Behandlungserfolg erzielen können, wenn die einzelnen Behandlungsschritte und -termine eingehalten werden.

Leider haben Sie einen wichtigen Termin versäumt, der aufgrund des mit den Krankenkassen vereinbarten Therapieschemas gegebenenfalls nicht nachgeholt werden kann. Versäumen Sie einen weiteren Termin, können wir Ihnen einen Behandlungserfolg nicht mehr garantieren und die Behandlung kann nicht fortgesetzt werden.

Daher bitten wir Sie: Halten Sie die weiteren Termine ein oder sagen Sie frühzeitig ab, damit wir einen fristgerechten Ersatztermin vereinbaren können. Vielen Dank!

Ich habe die obenstehenden Informationen zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten