



CHARLES A. SMITH, DDS & KOLLEGEN

Spezialisten für Ästhetische Zahnheilkunde

Charles A. Smith DDS
Spezialisten für Ästhetische Zahnheilkunde
Römerstr. 1 – 69115 Heidelberg

Lieber Patient:

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Zahnarztpraxis entschieden haben. Wir möchten Sie mit unseren Richtlinien in Bezug auf Zahnversicherungen, Terminänderungen und allgemeinen Informationen vertraut machen. Wir sind stets bemüht, eine qualitativ hochwertige Zahnmedizin mit Mitgefühl in einer komfortablen und freundlichen Atmosphäre aufrechtzuerhalten. Wir hoffen, dass Sie und Ihre Familie sich in unserer Praxis willkommen fühlen.

1. Wir sind eine Kassen Zahnarztpraxis.
Wir sind gleichzeitig aber auch eine kostenpflichtige Zahnarztpraxis. Die vollständige Zahlung wird am Ende jeder Behandlung erwartet. Es stehen drei Zahlungsarten zur Verfügung.
 - Zahlung mit Kreditkarte (Visa, MC, EC)
 - Geldüberweisung
 - Fremdfinanzierung bei der Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft AG.
* Scheck und Bargeld werden nicht akzeptiert *

Alle Patienten mit einem ausstehenden Kontostand erhalten jeden Monat eine Abrechnung.

2. Wenn Sie zahnärztlich versichert sind, unterstützen wir Sie beim Ausfüllen Ihrer Versicherungsformulare mit allen erforderlichen Informationen. Es liegt in der Verantwortung des Patienten, seine Versicherungsansprüche einzureichen, da wir diese nicht direkt an Versicherungsunternehmen weiterleiten. Alle Leistungsnachweise werden in deutscher oder auf Wunsch in englischer Sprache gedruckt, um eine einfache Übermittlung an amerikanische Versicherungsunternehmen zu ermöglichen.
3. Wir schätzen die Zeit unseres Patienten und hoffen, dass die Zeit unseres Patienten unsere Zeit wert ist. Wenn ein Patient keinen Termin vereinbaren kann; Wir benötigen einen Anruf / eine E-Mail 24 Stunden vor dem Termin. Wenn der Patient 24 Stunden vor dem Termin nicht storniert, wird eine Gebühr von 50 Euro erhoben.
 - Wenn Sie mehr als 15 Minuten zu spät zu Ihrem Termin sind, können wir Sie leider nicht mehr behandeln und daher müssen Sie einen neuen Termin vereinbaren.

Ich habe die finanziellen Möglichkeiten gelesen und vollständig verstanden. Ich bin damit einverstanden, die Verantwortung für die Zahlung meiner Rechnung zu übernehmen. Ich verstehe ferner, dass ich für den Fall, dass mein Konto in Verzug gerät, für Inkassos, Anwaltsgebühren in Höhe von 33 1/3, Gerichtskosten, Zinsen (und sonstige Gebühren für die Einziehung dieses Kontos) in Höhe von 18% des Gesamtbetrags verantwortlich bin jährlich ab dem Datum der Zustellung.

Unterschrift Patient

Datum