

# endoskopie im zentrum

3100 st. pölten grenzgasse 11  
ordination & fax 02742 - 32307  
termine & info 0699 - 17 699 170  
mail endoskopie@im-zentrum.net  
www.im-zentrum.net

## Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie möchten bei **endoskopie im zentrum** eine endoskopische Untersuchung durchführen lassen. Wir bieten Ihnen diese Untersuchung auf höchstem Niveau an. Die Untersuchung ist zeit-, personal- und kostenintensiv, sodass wir sicherstellen müssen, dass unsere Patienten ihre Termine pünktlich einhalten.

Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, ersuchen wir Sie, uns dies bis **3 Werktag**e vor dem vereinbarten Termin bekanntzugeben. Ansonsten müssen wir Ihnen die Hälfte des Untersuchungshonorars in Rechnung stellen. Für das Nichterscheinen ohne vorherige Terminabsage müssen wir den Gesamtbetrag der Untersuchung verrechnen.

### **FÜR PATIENTEN MIT VORSORGEKOLOSKOPIE:**

Eine Vorsorgekoloskopie kann bei uns kostenlos inklusive Schlafspritze [Sedierung] durchgeführt werden. Standardmäßig verwenden wir hierfür das Medikament "Midazolam". Sollten Sie stattdessen das Medikament "Propofol" wünschen, wird dies extra verrechnet.

### **EINVERSTÄNDNIS**

Ich [Name, & Geburtsdatum in BLOCKSCHRIFT],

\_\_\_\_\_

habe diese Patienteninformation gelesen und bin mit dem o.g. Vorgehen im Falle einer Terminabsage meinerseits einverstanden. Im Falle einer Vorsorgekoloskopie wurde ich über die Sedierungsmöglichkeiten aufgeklärt.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Patientenunterschrift