



**Kinderwunschzentrum  
Bad Cannstatt**

**Praxis M. Wriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

---

Name, Vorname und Geburtsdatum

## **Einverständniserklärung**

Hiermit bestätige ich, dass ich vom Kinderwunschzentrum Bad Cannstatt darüber aufgeklärt worden bin, dass Terminausfälle, ohne vorherige rechtzeitige Absage meinerseits (Möglichkeiten: per Telefon 0711-290671 oder per E-Mail: [info@kwz-bc.de](mailto:info@kwz-bc.de)), mit einem **Unkostenbeitrag in Höhe von 60 Euro in Rechnung gestellt werden.**

Die Terminabsage muss mindesten **24 Stunden** vor dem Termin stattfinden!

---

Stuttgart, der

---

Unterschrift Patient/in