



**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), 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