

Patient		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Behandlungsvertrag

zwischen



ggf. Name, Vorname des Vertreters¹⁾ (Blockschrift)

Anschrift des Vertreters¹⁾ (Blockschrift)

und

der KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH, Birkenallee 34, 39130 Magdeburg

über die vollstationäre / teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses vom 01.02.2011 niedergelegten Bedingungen. Die AVB mit den dazugehörigen Anlagen, liegen im Zentralen Patientenempfang, in den Ambulanzen und Stationen zur Einsicht aus und werden auf Verlangen ausgehändigt.

Mein nächster Angehöriger ist / Bitte Nachricht an:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Das Krankenhaus gibt auf Nachfrage Auskunft zum stationären Aufenthalt.

Ich verfüge, dass das KMD **keine** Auskunft zu meinem Krankenhausaufenthalt erteilt.

Ich bin über den Zweck und den Dateninhalt des Patientenidentifikationsarmbandes aufgeklärt worden.

Ich stimme dem Tragen des Patientenidentifikationsarmbandes zu: ja nein

Mit der **Bekanntgabe** der stationären Krankenaufnahme **an die Klinikseelsorge** bin ich einverstanden:

ja nein

Konfession²⁾: evang. kath. sonstige Konf.

Ich wünsche **Wahlleistungen³⁾:** ja nein

Hinweis:

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Magdeburg, _____
Ort, Datum

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter

Unterschrift des Patienten/ gesetzl. o. bevollmächt. Vertreter¹⁾

Geschäftsführer: Dipl.-Ing. Knut Förster HRB 7096 AG Stendal • Steuer-Nr.: 102/108/11996 • USt-IdNr. DE 257184876 • Finanzamt Magdeburg

¹⁾ Soweit der Vertrag nicht für sich selbst, sondern für einen anderen abgeschlossen wird, werden die Erklärungen auch im Namen des Patienten abgegeben. Der Unterzeichnende erklärt, zur Vertretung ausdrücklich bevollmächtigt zu sein. Vertreter haftet im Streitfall für das Erfüllungsinteresse des Krankenhauses (§ 1790 BGB)

²⁾ Diese Angaben sind freiwillig

³⁾ Zutreffendes bitte ankreuzen. Es wird eine gesonderte Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen.

3-fach: _____ 1. ZPM 2. Patient 3. Patientenakte