



**Liebe Patientin,
lieber Patient,
liebe(r) Angehörige,**

1. bitte bringen Sie die Ihnen ausgehändigten
Aufnahmepapiere

- Behandlungsvertrag
- Wahlleistungsvereinbarung bei Bedarf
- Information und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung
- Information und Einwilligung zum Entlassungsmanagement
- Empfangsbekanntnis

gelesen, **ausgefüllt und unterschrieben**
am Tag der stationären Aufnahme (Zimmer A103 bis A105
im Empfangsbereich gegenüber Bäckerei Steinecke) mit.

2. Ihre **Aufklärungsbögen** bringen Sie bitte **gelesen** mit. Ihre
Unterschrift leisten Sie erst im **persönlichen Arztgespräch**.

Ihre Fragen beantworten wir dann ebenfalls gerne im Gespräch. Bitte
bringen Sie einfach Ihre Notizen mit.

Herzlichen Dank!

Ihr Team des KLINIKUM MAGDEBURG

**Zentrales
Patientenmanagement**

Abteilungsleiterin
Dipl.-Med. Sabine Merkel

Bereich:
Zentraler Patientenempfang
Sachgebietsleiter
Ines Klepel

Tel.: +49 (0)3 91/ 7 91 26 10
Fax: +49 (0)3 91/ 7 91 26 06

Birkenallee 34
39130 Magdeburg

email:
ines.klepel@klinikum-
magdeburg.de



Empfangsbekennnis

Exemplar für die Akte

Name, Vorname des Vertreters (1) (Blockschrift)
Anschrift des Vertreters (1) (Blockschrift)

Ich habe jeweils eine Ausfertigung *

- des Behandlungsvertrages

- der Einwilligung zur Datenverarbeitung und -übermittlung/Forderungsabtretung

- der Walleistungsvereinbarung

- des Einverständnisses gem. § 17c Abs. 5 KHG zur Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

- die Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V (Anlage 1a) und die Einwilligung in die Datenweitergabe zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V (Anlage 1b)

erhalten.

- Ich bin auf die Einbeziehung der Allgemeinen Vertragsbedingungen bei Vertragsabschluss hingewiesen worden. Sie lagen bei Vertragsabschluss zur Einsicht bereit.

- Mir ist die Patienteninformation zum Datenschutz nach DSGVO zur Kenntnis gegeben worden. Sie lag bei Vertragsabschluss zur Einsicht bereit.

Ort und Datum

Unterschrift des KH-Mitarbeiters

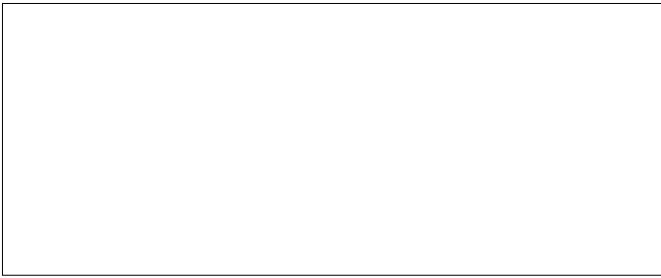
X _____
Unterschrift des Patienten bzw. des Vertreters (1)

* Zutreffendes bitte Ankreuzen



Anlage 1

Exemplar für die Akte



1. Information zur Datenverarbeitung und -übermittlung

Im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages werden Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt und im Rahmen der Zweckbestimmung an den Kostenträger übermittelt. Es handelt sich hierbei um Daten, die im § 301 SGB V geregelt sind. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung, ist das Krankenhaus gesetzlich verpflichtet, Daten an entsprechende Einrichtungen zu übermitteln. Sollte es sich bei meinem Krankenhausaufenthalt um einen arbeitsunfallbedingten Aufenthalt handeln, ist das Krankenhaus verpflichtet, meine Daten an die "Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - DGUV" zu übermitteln.

2. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und -übermittlung

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem einweisenden Arzt/Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus die für die aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des einweisenden Arztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.
Ferner bin ich damit einverstanden, dass meine Daten an weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, Hausärzte (gem. § 73 Abs. 1b SGB V) bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung, Sozialgerichtsbarkeit sowie Rehabilitationseinrichtungen übermittelt werden.
- Ferner bin ich damit einverstanden, dass meine Daten aus diesem Krankenhausaufenthalt an den einweisenden Arzt/Hausarzt übermittelt werden.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass meine medizinischen Daten anonymisiert und unter Einhaltung des Datenschutzes für die Aus- und Weiterbildung im medizinischen Bereich des Krankenhauses verwendet werden dürfen.

X

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Vertreters

3. Zustimmung zur Datenweitergabe für die Rechnungslegung / Forderungsabtretung

Ich erkläre meine Zustimmung zur Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und des Forderungseinzugs jeweils erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Rechnungsnummer, Behandlungszeitraum, Beträge, Leistungsziffern, Mahnungen, Mahnzeitpunkte) an ein externes Unternehmen. Ich stimme einer Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderung an ein Inkassounternehmen im Falle eines Zahlungsverzuges zu.

X

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Vertreters

4. Einwilligungserklärung zur externen Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus einen zertifizierten Dienstleister damit beauftragt, die Patientendokumentation zum Zweck der ordnungsgemäßen Archivierung EDV-gestützt zu verwalten, zu verarbeiten (physikalische Lagerung, Digitalisierung, ...) und nach erfolgter Verarbeitung die Originalakten (in Teilen) zu vernichten. Mein Einverständnis bezieht sich darauf, dass meine personenbezogenen Daten sowohl hier im Krankenhaus als auch in externen Räumlichkeiten des Dienstleisters verwaltet, verarbeitet und vernichtet werden können. Das Krankenhaus versichert, dass alle Personen, die im Rahmen dieser Tätigkeit Umgang mit meinen personenbezogenen Daten haben, zur Wahrung des Datenschutzes entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht sowie der bundes-, landes- und kirchendatenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet wurden.

Diese Einwilligungserklärung kann ich ohne weiteres verweigern und die einmal erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen.

Einwilligung erteilt

X

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Vertreters

Behandlungsvertrag zwischen

Exemplar für die Akte

Name, Vorname des Vertreters (1) (Blockschrift)
Anschrift des Vertreters (1) (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.

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 (totale Auskunftssperre)
 Ich verfüge, dass der Infostand **keine** Auskunft über mich erteilt (Pfortenauskunftssperre).

Ich bin über den Zweck und den Dateninhalt des Patientenidentifikationsarmbandes aufgeklärt worden.
Ich stimme dem Tragen des Patientenidentifikationsarmbandes zu: ja

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

ja

Konfession:⁽²⁾ evang. kath. sonstige Konf.

Ich wünsche **Wahlleistungen:**⁽³⁾ ja

Hinweis:

Sofern kein gesetzlicher Versicherungsschutz 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.

Ort und Datum

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter

X _____
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreters (1)

Geschäftsführer: Guido Lenz

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 eine andere Person abgeschlossen wird, werden die Erklärungen auch im Namen des Patienten abgegeben. Der Unterzeichnende erklärt zur Vertretung ausdrücklich bevollmächtigt zu sein.

(2) Diese Angaben sind freiwillig.

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

Patienteninformation **Entlassung**



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, wenn es Ihnen besser geht und Sie wieder nach Hause können.

Dazu einige wichtige Hinweise:

Entlassungen sind auch am Wochenende möglich.

Ihre Ärztin / Ihr Arzt wird in der Regel 24 Stunden vor der Entlassung ausführlich mit Ihnen besprechen, was Sie weiterhin zu beachten haben, damit Sie gesund werden bzw. bleiben. Sie sollten diese Ratschläge in Ihrem Interesse befolgen. An diesen Gesprächen können selbstverständlich auch Ihre Angehörigen teilnehmen, damit Sie Ihre Entlassung gemeinsam planen können.

Für einen reibungslosen Ablauf bitten wir Sie, Ihr Zimmer zwischen 08:00 Uhr und 10:00 Uhr frei zu räumen.

Am Entlassungstag servieren wir Ihnen selbstverständlich noch ein Frühstück.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Nichts vergessen?

Geben Sie bitte die Ihnen von der Klinik zur Verfügung gestellten Gegenstände rechtzeitig zurück und vergessen Sie bitte nicht, die eventuell bei uns hinterlegten Wertsachen abzuholen.

Sollten sich noch Fragen oder Anregungen Ihrerseits ergeben, hier noch einmal unsere Kontaktdaten:

☎ 0391 / 791-0

✉ KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH

✉ KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH
Birkenallee 34
39130 Magdeburg

@ info@klinikum-magdeburg.de

Wir hoffen, dass Ihnen diese Information weiterhelfen und wünschen Ihnen
Alles Gute!

Ihr Krankenhausteam

KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH

Birkenallee 34
39130 Magdeburg

Nur von gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Name, Vorname des Patienten

geboren am

wohnhaft in

Kostenträger

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

Ja Nein

Angabe zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 'Ja' angekreuzt wurde:

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/ Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner o.g. Kranken-/Pflegekasse die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

Ja Nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/ gesetzlicher Vertreter/ Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Name, Vorname des Patienten
geboren am
wohnhaft in
Kostenträger

Exemplar für die Akte

Anlage 1a

Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a SGB V

Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z. B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Anlage 1a

Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a SGB V

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit schriftlich widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf schriftlich gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/ gesetzlicher Vertreter/ Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters



Aufnahme-Nr.:

zwischen

und der KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH über die Gewährung der nachstehend angekreuzten

gesondert berechenbaren Wahlleistungen

zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und im Pflegekostentarif bzw. Krankenhausentgelttarif genannten Bedingungen:

1. Chefarztwahlleistungen

- ab dem _____ bis zum Ende der stationären Behandlung die chefarztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten angestellten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung.

2. Wahlleistungen „Unterbringung“ für Zimmer bzw. für eine gesunde Begleitperson

- ab dem _____ bis zum Ende der stationären Behandlung
Zuschlag die für Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer 63,50 € / Tag
- ab dem _____ bis zum Ende der stationären Behandlung
Zuschlag die für Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer 24,00 € / Tag
- ab dem _____ bis zum Ende der stationären Behandlung
Zuschlag die für Unterbringung einer Person im 2-Bett-Zimmer 36,00 € / Tag
- ab dem _____ bis zum Ende der stationären Behandlung
Zuschlag die für Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer Psychiatrie 46,70 € / Tag
- am _____
Unterbringung nach ambulanter Operation (mit Verpflegung) bzw.
Unterbringung vor- oder nach med. begründetem Aufenthalt je Nacht (mit Verpflegung) 60,00 € / Tag
- ab dem _____ bis zum Ende der stationären Behandlung
Unterbringung und Frühstück einer gesunden Begleitperson 48,00 € / Tag
Unterbringung und Frühstück einer gesunden Begleitperson im Familienzimmer (GYN) 63,50 € / Tag
- ab dem _____ bis zum Ende der stationären Behandlung
Unterbringung und Frühstück einer gesunden Begleitperson 35,00 € / Tag
(nur Kinderklinik und Aufbettung im Familienzimmer für Kinder von 6 - 14 Jahren inkl. MwSt.)

3. Allgemeine Wahlleistungen

- Gästeessen pro Mahlzeit 6,20 €
- Hygienepaket (div. Hygieneartikel) Einmalpauschale 7,50 €
- Paket „Wäsche“ (Bademantel, Hand- und Seiftücher, Duschtuch, Badvorleger) 7,50 € / Paket
- Paket „Verpflegung“ (Wahlverpflegung nach Wunsch des Patienten sowie Zusatzverpflegung: Obst, Getränke, Backwaren, soweit medizinisch vertretbar) 13,50 € / Tag
- Wahlessen (Mittagmahlzeit nach Patientenwunsch, soweit medizinisch vertretbar) 6,20 € / Tag
- Kühlschrank (Bereitstellung und Nutzung eines Kühlschranks im Zimmer) 2,00 € / Tag

4. Gesondert berechenbare individuelle Gesundheitsleistungen

- _____

Hinweise:

- Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesonderten berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sachlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
- In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf das Neugeborene. Für das Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
- Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früherer Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Seiten ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses angemessene Vorauszahlungen verlangt werden.
- Bei einer Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf eine einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 22 Abs. 1 BpflV/§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.
- Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 S. a. GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S.3 GOÄ/GOZ) erbracht.

Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der jeweiligen Fachabteilung bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen nachfolgend benannten ständigen Vertreter einverstanden:

Siehe Anlage Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Hinweis:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten:
Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten)

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht:

Name, Vorname (Blockschrift)

Anschrift (Blockschrift)

Unterschrift des Vertreters