

# Behandlungsvertrag

zwischen

Exemplar für den Patienten

--

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. 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.

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

ja  nein

**Konfession:**<sup>(2)</sup>  evang.  kath.  sonstige Konf.

Ich wünsche **Wahlleistungen:**<sup>(3)</sup>  ja  nein

### 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.

Magdeburg, den \_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Krankenhausmitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreters (1)

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