

Behandlungsvertrag

Nur vom gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen

zwischen

Aufnahme-Nr.: [BANr]
Name: [Titel] [Name], [Vorname]
Geburtsdatum: [Geburtsdatum]
Anschrift: [Straße], [PLZ] [Ort]

und

dem **Klinikum Döbeln GmbH**

über die vollstationäre/teilstationäre/vor – und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses vom 01.01.2017 niedergelegten Bedingungen.

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.

Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter - bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versicherungsstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

1. Name des Versicherten
2. Geburtsdatum
3. Anschrift
4. Krankenversicherungsnummer
5. Versichertenstatus
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung
7. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstige Prozeduren
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen

Datenübermittlung an den Hausarzt

(Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation.

Ja

Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern

kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zum Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja

Nein

Mein Hausarzt ist: **[ArztTitel] [ArztVorname] [ArztName] [ArztFachrichtung]**
[ArztStraße], [ArztPLZ] [ArztOrt], [ArztTelefon]

Auskunftserteilung über Krankenhausaufenthalt

Ich ermächtige das Krankenhauspersonal, über die Tatsache meines Krankenhausaufenthaltes bei Nachfragen Auskunft zu erteilen.

Ja

Nein

Einwilligungserklärung zum Tragen des Patienten- Identifikationsarmbandes

1. Zweck:

Patientenarmbänder dienen der Erhöhung der Patientensicherheit durch zweifelsfreie Identifikation des Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen.

2. Funktionsweise:

Das Patientenarmband wird am Handgelenk angelegt und wird während des gesamten stationären Aufenthalt getragen. Bei Verlust bzw. Zerstörung des Bandes ist ein Nachdruck jederzeit in der Patientenaufnahme möglich. Bei Entlassung wird das Patientenarmband entfernt und unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmung entsorgt.

Sichtbare Daten:

- Name, Vorname und ggf. Titel
- Geburtsdatum
- Aufnahmeummer

3. Widerrufrecht:

Die gegebene Einwilligung kann jederzeit beim behandelnden Arzt widerrufen werden.

4. Einverständniserklärung:

Ja, ich werde das Patientenarmband tragen. Punkte 1-3 wurden mir erläutert.

Nein, ich lehne es ab das Patientenarmband zu tragen.

Ich habe die Unterlagen zum Entlassmanagement (Anlage 1a und 1b) erhalten und werde diese schnellstmöglich unterzeichnet und ausgefüllt auf Station abgeben.

Alle erteilten Einwilligungen sind freiwillig. Sie können jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dabei nicht berührt.

Die mir vorgelegten AVB sowie den derzeit gültigen Entgelttarif habe ich gelesen und akzeptiere diese.

Wir möchten Sie gesondert darauf hinweisen, dass bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (ambulante OP, vorstationär und nachstationär) keine Verpflegung durch das Krankenhaus gestellt wird.

Döbeln, 24.05.2018

.....
 Unterschrift des Patienten (bei minder-jährigen Patienten: des oder der Sorge-Berechtigten)

.....
 Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

.....
 Unterschrift des Vertreters

Zahlungsaufforderung zur Entrichtung des Eigenanteils bei der Krankenhausbehandlung

Aufnahme-Nr.: [BANr]
Name: [Titel] [Name], [Vorname]
Geburtsdatum: [Geburtsdatum]
Anschrift: [Straße], [PLZ] [Ort]

Mit Wirkung vom 01.01.2004 hat gemäß SGB V, §39, Abs. 4 der gesetzlich krankenversicherte Patient vom Beginn der Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage einen Zuzahlungsbetrag in Höhe von derzeit

10,00 Euro je Kalendertag

an das Krankenhaus zu zahlen. Die Krankenkasse zieht den entsprechenden Betrag von der Krankenhausrechnung ab.

Die Zuzahlungspflicht besteht nicht:

- ✓ bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- ✓ bei Wöchnerinnen
- ✓ bei Selbstzahlern
- ✓ bei Arbeitsunfällen
- ✓ bei Vorlage einer Befreiungsbescheinigung Ihrer Krankenkasse (bitte unaufgefordert vorlegen)
- ✓ bei bereits geleisteten Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr (bitte Quittung vorlegen)

Der Gesamtbetrag (der Aufnahmetag und der Entlassungstag sind **als 2 Tage** zu rechnen) ist am Tag der Entlassung, spätestens jedoch am 28. Tag Ihres Krankenhausaufenthaltes fällig.

Wir bitten Sie deshalb, den Zuzahlungsbetrag am Tag Ihrer Entlassung (bzw. einen Tag vor Ihrer Entlassung – nur Bargeld), spätestens jedoch am 28. Tag des Krankenhausaufenthaltes in der Kasse in bar, per EC-Karte oder Kreditkarte (VISA, Mastercard, American Express) zu entrichten, damit wir den gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber Ihrer Krankenkasse nachkommen können.

Stellt Ihre Krankenkasse fest, dass Zuzahlungen zu Unrecht geleistet wurden, so werden Ihnen die überbezahlten Beträge zurückerstattet.

Kassenzeiten: Montag bis Samstag von 08:00 bis 17:00 Uhr
Sonntag von 10:00 bis 17:00 Uhr

Sollten Sie zu den genannten Zeiten keine Möglichkeit der Bezahlung haben, bitten wir um Überweisung des Betrages innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung (Anzahl der Tage x 10,00 Euro) unter Angabe der Patientennummer (diese finden Sie auf dem Etikett Ihres Aufnahmeantrages), sowie Ihres Namens an:

Klinikum Döbeln
bei der Deutschen Kreditbank AG
IBAN: DE17 1203 0000 1008 5252 20
SWIFT-BIC: BYLADEM1001

Zur Vermeidung von Buchungsaufwand und weiteren Kosten bitten wir um pünktliche Bezahlung.

Martin Preißer
Verwaltungsleiter