

Aufnahme- und Behandlungsvertrag

Info Wahlleistung:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wahlarzt (AR) | <input type="checkbox"/> ungeklärt |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer (EZ) | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer (nur GHZ) | |

Antrag auf Aufnahme zur stationären Behandlung oder zur amb. OP bzw. stationersetzenden Eingriffen in die RoMed Klinik Wasserburg

Name, Vorn.: Adresse:	Geburtsdatum: Aufnahme-Nr.: Aufnahmedatum: Fachr./Station:
Kostenträger: Versicherter:	

Ich beantrage für mich selbst o. g. Patienten

die Aufnahme in die RoMed Klinik Wasserburg **zur stationären Behandlung oder zur amb. OP bzw. stationersetzenden Eingriffen** zu den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der o. g. Klinik und im Pflegekostentarif niedergelegten Bedingungen. Ich bin ausdrücklich auf die AVB und den Pflegekostentarif hingewiesen worden. Ich hatte die Möglichkeit von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen und erkläre mich damit einverstanden. Ein Merkblatt für gesetzlich Krankenversicherte habe ich erhalten.

Hinweise:

Für den Fall, daß keine Kostenübernahme-Erklärung einer Krankenkasse, eines anderen Sozialleistungsträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahme-Erklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz oder teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Für die vom Patienten eingebrachten Gegenstände, mit Ausnahme der in Verwahr gegebenen Wertsachen, übernimmt das Krankenhaus keine Haftung.

Unterschrift des Krankenhauses

Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters

Hinweis auf die Datenverarbeitung:

Ich habe davon Kenntnis, daß im Rahmen des von mir bzw. zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die medizinische Behandlung notwendigen medizinischen Daten eingeholt, gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger und weiterbehandelnder Arzt bzw. Hausarzt) übermittelt werden können. Desweiteren bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Bei Inanspruchnahme der Wahlleistung Telefon werden die Rufnummer, Datum, Uhrzeit und Dauer der Gespräche bis zu 20 Tagen nach der Entlassung gespeichert.

Die Weitergabe meiner Angaben an die seelsorgerische Betreuung ist erwünscht ja nein

Mein Familienname kann am Türschild des Patientenzimmers angeschrieben werden ja nein

Anrufern und Besuchern darf Auskunft über meine Zimmer-Nr. sowie meine Tel. Nr. erteilt werden. ja nein
Weitere Auskünfte erfolgen nicht!

Unterschrift des Krankenhauses

Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr pro Tag 10 EUR für die Krankenhausbehandlung zu zahlen habe. Den sich ergebenden Zahlungsbetrag werde ich bis zum Ende meines stationären Krankenhausaufenthaltes an das Krankenhaus entrichten. Bei amb. OP ist nach der gesetzlichen Vorgabe unter Umständen eine Praxisgebühr (nach Aufforderung) von 10 EUR zu entrichten.

Unterschrift des Krankenhauses

Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters