



RoMed Klinikum Rosenheim

Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München
Pettenkoflerstr. 10 • 83022 Rosenheim
Telefon: (08031) 365 02 Telefax: (08031) 365 4918

IK-Nr. Kh 260910637

Merkblatt zur Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung und Zahlungsaufforderung für gesetzlich Versicherte

Rosenheim, 19.09.2012

1. Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung:

Nach den gesetzlichen Vorschriften haben Versicherte nach § 39 Abs. 4 SGB V für jeden Kalendertag im Krankenhaus 10 Euro an das Krankenhaus zu zahlen (innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage).

Zuzahlungen, die bereits während des Jahres für vorausgehende stationäre Behandlungen an ein Krankenhaus, an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI sowie im Rahmen von stationären Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 6 S. 1 SGB V an die Krankenkassen geleistet wurden, werden auf die für Ihren jetzigen Krankenhausaufenthalt zu leistende Zahlung angerechnet.

Die Zuzahlungspflicht besteht nicht:

- bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bei ambulanter, vor- und nachstationärer und teilstationärer Behandlung im Krankenhaus,
- bei berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung,
- bei Krankenhausbehandlung wegen anerkannter Schädigungsfolge nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- bei Krankenhausaufenthalten zur Entbindung,
- bei Befreiungen von der Zuzahlungspflicht.

2. Einzugsermächtigung:

Wir bitten Sie

- uns widerruflich zu ermächtigen, den Zuzahlungsbetrag entsprechend der Dauer Ihres Krankenhausaufenthaltes (max. 28 Tage à 10 Euro) durch Lastschrift einzuziehen
oder
- den Zuzahlungsbetrag spätestens am Tag Ihrer Entlassung zu entrichten
oder
- uns mitzuteilen, dass Sie im Kalenderjahr bereits für 28 Tage Zuzahlungen geleistet haben oder von der Zuzahlung befreit sind.

3. Zahlungsaufforderung:

Soweit Sie zur Zahlung der Zuzahlung verpflichtet sind, von der Möglichkeit der vorgenannten Einzugsermächtigung aber keinen Gebrauch machen, fordern wir Sie hiermit auf, am Tag der Entlassung den Zuzahlungsbetrag in der Patientenverwaltung / Kasse zu entrichten.

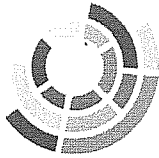
Sollten Sie außerhalb der Kassenöffnungszeiten entlassen werden, können Sie den Betrag (Tage im Krankenhaus x 10,- € maximal 280,- €) unter Angabe Ihrer Aufnahmeummer

1120066970

und dem Vermerk "Zuzahlung" auf das Konto 26 bei der Sparkasse Rosenheim BLZ 71150000, überweisen.

Falls Sie von diesen Möglichkeiten keinen Gebrauch machen, erhalten Sie von uns eine Zahlungsaufforderung

(Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und gilt auch ohne Unterschrift)



RoMed Klinikum Rosenheim

Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München
Pettenkoflerstr. 10 • 83022 Rosenheim
Telefon: (08031) 365 02 Telefax: (08031) 365 4918

IK-Nr. Kh 260910637

Patient:

Ich bestätige, das Merkblatt zur Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung erhalten zu haben.

- Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu leistende Zuzahlung für Krankenhausbehandlung in Höhe von 10,00 € pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr zu Lasten meines Kontos:

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Bei einer Rücklastschrift ist das Krankenhaus berechtigt, zur Deckung des ihm hierdurch entstehenden Mehraufwandes einen Aufwendungsersatz in Höhe von 7,50 € pro Bearbeitung zu verlangen.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

- Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr pro Tag 10,00 € für Krankenhausbehandlung zu zahlen habe. Den sich ergebenden Zuzahlungsbetrag werde ich bis zum Ende meines stationären Krankenhausaufenthaltes an das Krankenhaus entrichten.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

- Ich erkläre hiermit, dass ich in diesem Jahr bereits stationäre Krankenhausbehandlungen/Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen und eine Zuzahlung in Höhe von € geleistet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

- Ich erkläre hiermit, dass ich von der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V befreit bin.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten