

## Behandlungsvertrag

für Privatversicherte Patienten

zwischen

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.

- Patient ist Selbstzahler (bezahlt alle Kosten selbst)  
 Abrechnung erfolgt mit der Krankenkasse (zusätzliche Einwilligung auf Seite 3 nötig)

### Hinweis:

**Sofern kein Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom 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.**

### 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.

---

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.

---

**Nein**, ich lehne es ab das Patientenarmband zu tragen.

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

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

## Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen

Datenübermittlung nach § 17 c Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

1. Name des Patienten
2. Geburtsdatum
3. Anschrift
4. Versichertenstatus
5. 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
6. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstige Prozeduren
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dabei nicht berührt.

Döbeln, 24.05.2018

.....  
Unterschrift des Patienten