



Krankenhausaufnahme- und Behandlungsvertrag

Zwischen dem Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz (SKH)
und dem Antragsteller/Vertreter (falls nicht identisch mit dem Patienten)

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Postleitzahl, Ort

.....
Telefon

- Ich beantrage für mich selbst
 für die o. g. Person

die Aufnahme am in Ihr Krankenhaus zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und den im Verzeichnis für Benutzerentgelte in der jeweils geltenden Fassung genannten Bedingungen.

Vertragsbestandteil sind die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), Benutzerentgeltverzeichnis und – soweit vereinbart – die Bestimmungen der Wahlleistungsvereinbarungen.

Ich/genannte Person erkenne/erkennt die AVB, die Hausordnung und den Entgelt-/Pflegekostentarif für das Krankenhaus in der jeweils gültigen Fassung als rechtsverbindlich an. Die genannten Unterlagen liegen in der Patientenaufnahme und auf jeder Station aus und können von dem Patienten dort eingesehen werden.

Ich bevollmächtige das SKH Altscherbitz, die notwendigen Maßnahmen zur Kostenerstattung durch die in Betracht kommenden Zahlungspflichtigen einzuleiten. Ich wurde außerdem über die Zuzahlungspflicht gesetzlich Versicherter über 18 Jahre informiert.

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz oder teilweise Selbstzahler und zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Auskunftserteilung über den Krankenhausaufenthalt:

Ich ermächtige das Personal des SKH Altscherbitz, über die Tatsache meines Krankenhausaufenthaltes bei Nachfragen Auskunft zu erteilen. Auf die Möglichkeit der Auskunftssperre bin ich hingewiesen worden, auch darauf, dass diese **alle Auskünfte umfasst, die telefonisch, per Post oder an Besucher** bezüglich des Krankenhausaufenthaltes erteilt werden.

Auskunftserteilung []

Auskunftssperre []

Wertgegenstände und Bargeld können zur Diebstahlvermeidung im Tresor der Verwaltung deponiert werden.

Nur für Psychiatrische Klinik zutreffend:

Im Behandlungsverlauf können therapeutische Belastungserprobungen und soziales Kompetenztraining im häuslichen Umfeld sinnvoll sein. Die Fahrtkosten dafür werden **n i c h t** vom Krankenhaus übernommen.

Hinweis: Das Führen eines Kraftfahrzeuges während des Krankenhausaufenthaltes ist mit dem behandelnden Arzt zu vereinbaren.



Einwilligung in die Datenübermittlung (Einwilligung und Widerrufsrecht gemäß §73 Abs. 1b SGB V)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das SKH Altscherbitz die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an folgende Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt und/oder zur Einsichtnahme für die genannten Ärzte bereitstellt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde darf nur mit meiner Einwilligung zur Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei den Ärzten erfolgen.

Hausarzt:

nein

-Name/Anschrift-

Ferner willige ich ein, dass das SKH Altscherbitz die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem SKH Altscherbitz, für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das SKH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja

nein

Diese Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem SKH Altscherbitz widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den genannten Ärzten und dem SKH Altscherbitz statt.

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Vertreters

Soweit die Aufnahme durch einen Vertreter des Patienten beantragt wird, hat dieser den Umfang seiner Vertretungsmacht darzulegen. Der Vertreter erklärt durch seine Unterschrift, zur Vertretung berechtigt bzw. bevollmächtigt zu sein.

Schkeuditz, den

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift Pat.management/Pflegedienst

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

.....
Name, Vorname des Vertreters

.....
Anschrift des Vertreters

.....
Unterschrift des Vertreters