



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.

Auf der Grundlage des Art. 12 ff. DS-GVO liegen in der Patientenaufnahme und auf jeder Station Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhaus aus und können von dem Patienten dort eingesehen werden. Die Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 SGBV habe ich erhalten.

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.



Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)

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

ja

nein

Ferner bin ich damit einverstanden, 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, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das SKH Altscherbitz wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja

nein

Hausarzt:

Name/Anschrift

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Vertreters

Übermittlung von Vorbefunden

Ich bin damit einverstanden, dass Vorbefunde (auch Bildgebungen, wie z.B. Röntgenbilder) von anderen Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen, die dem SKH Altscherbitz im Rahmen meiner dortigen Behandlung durch mich selbst oder mit meiner Einwilligung durch Dritte zur Verfügung gestellt wurden, an meinen weiterbehandelnden Arzt weitergegeben werden dürfen.

ja

nein

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Vertreters

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und SKH Altscherbitz statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.



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