

Behandlungsvertrag



St. Vinzenz-Hospital
Dinslaken

zwischen



Name Patient/in

Vorname Patient/in

Geb.-Datum

PLZ

Wohnort

Straße und Nr.

und dem **St. Vinzenz-Hospital, Dr.-Otto-Seidel-Straße 31-33, 46535 Dinslaken**

über die vollstationäre / teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen.

Ich bin auf die AVB, den Pflegekostentarif bzw. Krankenhausentgelttarif und die Unterrichtung des Patienten nach § 14 Bundespflegegesetzverordnung bzw. § 8 Krankenhausentgeltgesetz hingewiesen worden und hatte die Möglichkeit, von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen.

Hinweis:

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 bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Hinweis für gesetzliche Vertreter:

Im Rahmen der Krankenhausbehandlung kann es erforderlich sein, dass radiologische Leistungen (Röntgen, Computertomograph etc.) durchgeführt werden. Mit der Unterschrift dieses Behandlungsvertrags erklären Sie sich vertretend mit der Durchführung dieser Maßnahmen einverstanden.

Datum und Unterschrift des Krankenhauses

Datum und Unterschrift Patient/in oder Vertreter/in

Hinweis auf Datenübermittlung bzw. -verarbeitung:

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können.

Auch wird dem zuständigen Pfarrer Mitteilung über die stationäre Krankenhausaufnahme gemacht, sofern ich nicht widersprochen habe.

Bitte keine Mitteilung an den zuständigen Pfarrer

Datenübermittlung an den Hausarzt (§ 73 Abs. 1 b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten durch das Krankenhaus an meinen Hausarzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem Hausarzt vorliegende Behandlungsdaten / Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!

Datum und Unterschrift Patient/in oder Vertreter/in

Bei Vertretung für o. g. Patient/in

PLZ und Wohnort

Name und Vorname Vertreter/in

Straße, Nr.