

## Behandlungsvertrag

zwischen

Patientenaufkleber

vertreten durch

---

*Name, Vorname des Vertreters mit Vertretungsmacht/gesetzlichen Vertreters/Betreuers*

---

*Anschrift*

und

**der Klinikum Coburg GmbH als Träger des REGIOMED-Klinikums Coburg**

**über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung/ambulante Operationsleistungen/stationersetzende Eingriffe zu den in den derzeit gültigen AVB für die Krankenhäuser der REGIOMED-KLINIKEN GmbH niedergelegten Bedingungen.**

Die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf Leistungen der Beleghebammen an den Standorten Hildburghausen und Sonneberg sowie der Belegärzte; zu diesen gehören die persönlichen Leistungen, der belegärztliche Bereitschaftsdienst, sowie die von Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden, und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärzte und Beleghebammen.

Die Beleghebammen, der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen ihre Leistungen gesondert.

### **Hinweis**

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlichen Kostenträgers (z.B. Krankenversicherung). In den Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistung verpflichtet, § 9 AVB.

### **Hinweis auf die Datenverarbeitung**

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können. Dies gilt insbesondere für die standortübergreifende Fallberatung in Rahmen von Qualitätszirkeln und zur Zweitbefundung innerhalb der Krankenhäuser und Medizinischen Versorgungszentren der REGIONED-KLINIKEN GmbH und zum Zwecke der Archivierung durch Dritte.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

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

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

### **Datenübermittlung an den Hausarzt bzw. weiter-/mitbehandelnde Ärzte und Einrichtungen**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt sowie weiter-/mitbehandelnde Ärzte und Einrichtungen zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt bzw. der Dokumentation des Behandlungsverlaufes bei den weiter-/mitbehandelnden Ärzten und Einrichtungen.

Ja                       Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die meinem Hausarzt bzw. den mitbehandelnden Ärzten und Einrichtungen 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 jeweiligen Dokumentation des (Haus-)Arztes/der Einrichtung zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. Hierzu entbinde ich meinen Hausarzt sowie die genannten Ärzte und Einrichtungen gegenüber dem Krankenhaus ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja                       Nein

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

Die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht erstreckt sich auch auf folgende Ärzte und Einrichtungen:

\_\_\_\_\_

**Diese Erklärung kann jederzeit in Textform gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden.**

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt/anderen Einrichtungen und Krankenhaus statt.

### **Wichtige Information für gesetzlich krankenversicherte Patienten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben**

Die Abrechnung von Behandlungsleistungen erfolgt im System der **gesetzlichen Krankenversicherung** grundsätzlich zwischen dem Krankenhaus und der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten (Sachleistungsprinzip). Nach § 13 Abs. 2 SGB V können gesetzlich Krankenversicherte anstelle des Sachleistungsprinzips auch die Variante der Kostenerstattung wählen, wonach die Abrechnung der Behandlungsleistungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten erfolgt.

**Der Anspruch des Patienten auf Kostenerstattung durch seine gesetzliche Krankenversicherung erstreckt sich ausschließlich auf Leistungen, für die ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht. Kosten für darüber hinausgehende Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen.**

### **Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung**

*(nur von privat versicherten bzw. privat Zusatzversicherten Patienten auszufüllen)*

#### **Datenübermittlung nach § 17c 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 - ggf. auch elektronisch - an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt. In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten:

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

Ja                       Nein

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit in Textform gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden.**

Stimmt der Patient nicht zu oder widerruft er seine Einwilligung wieder so erhält der Patient eine Rechnung, die er selbst zu bezahlen hat. Um die Erstattung durch seine Krankenversicherung muss er sich in diesem Fall selbst kümmern.

**Für Versicherte im sogenannten Basistarif ist die Direktabrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem Krankenversicherungsunternehmen auch ohne die Zustimmung des Patienten zulässig, § 6 Abs. 3 MB/BT.**

### **Datenübermittlung an die Pflegeeinrichtung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus den mich betreuenden Pflegedienst/das Pflegeheim bei meiner Entlassung aus dem Krankenhaus über die Behandlung informiert und einen Entlassungsbrief übermittelt.

Ja                       Nein

Name und Adresse der Pflegeeinrichtung:

---

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit in Textform gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden.**

### **Datenübermittlung an Psychologen**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten zum Zwecke psychologischer Betreuung an externe Psychologen übermittelt.

Ja                       Nein

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit in Textform gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden.**

### **Bonitätsprüfung**

Das Krankenhaus ist berechtigt, zum Zwecke der Bonitätsprüfung der *Bürgel Wirtschaftsinformation GmbH & Co. KG, Postfach 500 166, 22791 Hamburg*, Ihre Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse) zu übermitteln und von dort die in deren Datenbank zu Ihrer Person gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten einschließlich solcher, die auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren ermittelt werden, zu erhalten. Dabei beruhen die auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren ermittelten Wahrscheinlichkeitswerte in ihrer Berechnung unter anderem auf Anschriftendaten.

Ja                       Nein

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit in Textform gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden.** Im Falle eines Widerrufs oder einer Nichtgenehmigung erfolgt keine Weitergabe. Das Krankenhaus kann in diesem Fall einen Kostenvorschuss verlangen.

### **Datenübermittlung an ein Unternehmen zum Einzug offener Forderungen bei Zahlungsverzug des Patienten**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden oben genannten Behandlungsdaten nach erfolgloser zweiter Mahnung an ein Unternehmen mit Inkassozulassung zum Forderungseinzug übermittelt.

Ja                       Nein

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit in Textform gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden.**

Im Falle eines Widerrufs vor erfolgter Abgabe an ein Inkassounternehmen erfolgt keine Weitergabe. Das Krankenhaus macht in diesem Fall die Forderung selbst gerichtlich geltend.

### **Datenübermittlung an Seelsorger der angegebenen Religionsgemeinschaft**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus einen Seelsorger der von mir genannten Religionsgemeinschaft über meinen Aufenthalt informiert und dieser mich seelsorgerisch während meiner Behandlungen betreut. Diagnosen werden nicht mitgeteilt!

Ja                       Nein

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit in Textform gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden.**

Nur für den Fall der Zustimmung:

Ich gehöre folgender Religionsgemeinschaft an:     evangelisch-lutherisch                       römisch-katholisch  
  
 andere: \_\_\_\_\_

Eine Betreuung durch Vertreter der jeweiligen Religionsgemeinschaft kann nicht garantiert werden!

### **Patientenarmband**

Ich bin mit dem Tragen eines Patientenarmbandes (mit Angaben des Namens, Geburtsdatums und der Aufnahme­nummer) während meines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus zum Zwecke der Reduzierung des Behandlungsrisikos (Verwechslungsgefahr) und zur Qualitätssicherung einverstanden.

Ja                       Nein

### **Informationen an Dritte (z.B. Angehörige, Verwandte, Bekannte oder Besucher)**

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte über meinen Aufenthalt (Anwesenheit, Zimmer­nummer, Telefonnummer) an Dritte (z.B. Angehörige und Besucher) erteilt werden.

Ja                       Nein

Ich bitte, die nachfolgende Person auf deren Wunsch über meinen Gesundheitszustand und die Behandlungsmaßnahmen zu informieren.

Name und Anschrift \_\_\_\_\_

Dieser Vertrag unterliegt deutschem Recht. Der Gerichtsstand ist der Ort des Krankenhauses.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Krankenhaus

### **Empfangsbekennnis**

**Ich habe jeweils eine Ausfertigung**

- des Behandlungsvertrages mit Hinweis auf die Datenverarbeitung
- der Wahlleistungsvereinbarung einschließlich Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen

**erhalten.**

**Ich habe die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), die Hausordnung, den Krankenhausentgelttarif und die Unterrichtung des Patienten nach § 14 a.F. BPFIV bzw. § 8 KHEntgG und BPFIV n.V. zur Kenntnis genommen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Vertreter