

Aufnahmeantrag / Behandlungsvertrag

zwischen

Zuname, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift

und den **Kliniken Nordoberpfalz AG**
Fachklinik für Orthopädische Rehabilitation Nordoberpfalz
im Gesundheitszentrum Waldsassen
Egerer Straße 30, 95652 Waldsassen

über die stationäre Aufnahme in die Rehabilitation.

Von den nachstehenden Hinweisen zur Datenverarbeitung habe ich Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift Patient
(bei minderjährigen Patienten
des oder der Sorgeberechtigten)

Unterschrift des Klinikmitarbeiters

Bei Unterschrift durch den Vertreter des Patienten:
Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht.

Datum **Unterschrift des Vertreters**

Kosten

Die Vergütung der stationären medizinischen Leistungen mit Unterkunft und Verpflegung für Patienten, die einer gesetzlichen Krankenkasse angehören, aufgrund von § 111 V SGB V in Verbindung mit der jeweiligen Krankenkasse abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung bzw. bei Privatpatienten in Anlehnung an § 6 Abs. 1 Nr. 6 Bh V.

Nach § 39 Abs. 4 Satz 1 SGB V hat jeder gesetzlich Versicherte einen Zuzahlungsbetrag von z. Zt. 10,-- € je Kalendertag zu entrichten. Die Klinik ist verpflichtet, diesen Betrag zu erheben.

- Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens achtundzwanzig Tage im Kalenderjahr 10,-- €/pro Tag für Krankenhausbehandlungen zu zahlen habe. Den sich ergebenden Zuzahlungsbetrag werde ich bis zum Ende meines stationären Krankenhausaufenthaltes an die Kliniken Nordoberpfalz AG entrichten.
- Ich erkläre hiermit, dass ich in diesem Jahr bereits Krankenhausbehandlungen in Anspruch genommen und eine Zuzahlung in Höhe von € ____ entrichtet habe.

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 genommener Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz oder teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die Leistungen der Krankenanstalt verpflichtet. Hierbei ist eine Vorauszahlung von bis zu 2.000,-- € zu leisten.

*
1
1
0
3
*

Erklärung zum Datenschutz:

1. Ich bin damit einverstanden, dass von den Krankenhausmitarbeitern der Rezeption / Pforte auf Anfrage von Dritten Auskunft über meine Anwesenheit, die Station und die Zimmernummer erteilt wird. ja nein
2. Ich bin damit einverstanden, dass ein Krankenhauspfarrer meiner Konfession über meine Anwesenheit informiert wird. ja
 nein
3. Mit der Information meiner Heimatpfarrei über meine Anwesenheit bin ich einverstanden ja
 nein
4. Ich bin damit einverstanden, dass dem mit- und nachbehandelnden Arzt bzw. meinem Hausarzt Auskünfte (z. B. Arztbrief) über die Diagnose und die getroffenen therapeutischen Maßnahmen sowie ggf. Empfehlungen über die weitere Behandlung bzw. Medikation gegeben werden. Dies gilt auch für den Sozialdienst der Kliniken Nordoberpfalz AG. Im Falle einer Überleitungs- pflegemaßnahme bin ich damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde an die an der häuslichen Pflege beteiligten Personen oder Einrichtungen übermittelt werden. ja nein
5. 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 zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. ja nein
6. Ich bin damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der Diagnose und Behandlung meiner Krankheit mit Untersuchungen beauftragten Labore und Institutionen (z. B. Pathologie) die Informationen über mich und meine Erkrankung erhalten, die nach Einschätzung der Kliniken für die Durchführung des Untersuchungsauftrags erforderlich sind. ja
 nein
7. Ich erkläre mich mit der Übergabe am Bett und einer eventuellen Fotodokumentation (z. B. von Wunden) einverstanden. ja nein

Die vorstehenden, unter Ziffer 1 bis 7 aufgeführten Sachverhalte habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum, Unterschrift _____

Widerrufsbelehrung

Ich wurde darüber belehrt, dass ich die erteilten Schweigepflichtentbindungen einzeln oder insgesamt jederzeit durch schriftliche Erklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift _____

Name und Anschrift der zu benachrichtigenden Angehörigen:

Zuname, Vorname:

PLZ, Wohnort, Straße:

Wahlleistungen

Wahlleistungen bedürfen einer zusätzlich gesonderten Vereinbarung.

Für die Aufnahme gelten die allgemeinen Vertragsbedingungen im stationären Bereich (AVB) in der jeweils gültigen Fassung und gemäß den in diesem Vertrag genannten Absprachen. Ich erkläre ausdrücklich, dass mir die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die AVB gegeben wurde. Eine Kopie dieses Behandlungsvertrages habe ich erhalten.

Hinweis zur Datenverarbeitung:

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit den Kliniken Nordoberpfalz AG abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet oder genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmungen unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.

Dies gilt auch, soweit ich privat Versicherter bin und mit meiner Krankenversicherung direkt abzurechnen ist. Ich bin hiermit ausdrücklich einverstanden.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend §301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versicherungsstatus (Kassenpatient, Helffürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus,
2. 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.
3. Datum und Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren.
4. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen.
5. Angaben über die in den jeweiligen Kliniken 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.

Die im Rahmen des Behandlungsvertrages erforderlichen Daten werden in einem Krankenhausinformationssystem und EDV-Verfahren automatisiert verarbeitet.

Im Wartungs- oder Störfall wird eine Fremdfirma zur Fehlerbehebung hinzugezogen. Darüber hinaus wird die Patientendokumentation durch die Kliniken in Kooperation mit einem Dienstleister mikroverfilmt. Die als Mikrofilm vorliegende Patientendokumentation kann rückvergrößert werden und wird mindestens 30 Jahre aufbewahrt.

Alle Personen, die im vorgenannten Rahmen Umgang mit personenbezogenen Daten haben, sind zur Wahrung der Verschwiegenheit verpflichtet.