

Aufnahmeantrag / Behandlungsvertrag

zwischen



Kliniken Nordoberpfalz AG
Steinwaldklinik Erbendorf
Fachklinik für geriatrische Rehabilitation
Krankenhausstraße 5
92681 Erbendorf

und

Frau / Herr
Zuname, Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:
Geburtsdatum:
Aufnahmenummer:

über die stationäre Aufnahme in die Rehabilitation.

Kosten

Die Vergütung der stationären medizinischen Leistungen mit Unterkunft und Verpflegung erfolgt für Patienten, die einer gesetzlichen Krankenkasse angehören, aufgrund von § 111 SGB V in Verbindung mit der 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,-- € für 28 Tage im Kalenderjahr zu entrichten. Die Klinik ist verpflichtet, diesen Betrag zu erheben.

- Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr 10,-- €/pro Tag für Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen zu zahlen 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.

Erklärung zum Datenschutz:

1. Ich willige ein, dass von den Reha-Mitarbeitern der Rezeption / Pforte auf Anfrage von Dritten Auskunft über meine Anwesenheit, die Station und die Zimmernummer erteilt wird. ja nein
2. Ich willige ein, dass an und von allen, vor, am und nach dem Behandlungsprozess beteiligten Dritten Auskünfte (z. B. Arztbrief) über Diagnosen, Informationen über mich und meine Erkrankung und die getroffenen therapeutischen Maßnahmen sowie ggf. Empfehlungen über die weitere Behandlung bzw. Medikation gegeben oder eingeholt werden. ja nein
Der Zustimmung können Sie jederzeit ganz oder teilweise widersprechen.
Ich bin nur teilweise mit der Hinzuziehung von Vorbehandlungsdaten einverstanden. Folgende Daten sollen nicht hinzugezogen werden:

(Bei Nein oder teilweiser Einwilligung bitte das Merkblatt zu den Risiken beachten!)

3. Ich erkläre mich mit der Übergabe am Bett einverstanden. ja nein
4. Ich bin damit einverstanden, dass ein Krankenhauspfarrer meiner Konfession über meine Anwesenheit informiert wird. ja nein
5. Mit der Information meiner Heimatpfarre über meine Anwesenheit bin ich einverstanden. ja nein

Die vorstehenden, unter Ziffer 1 bis 5 aufgeführten Sachverhalte habe ich gelesen und verstanden. Von den nachstehenden Hinweisen zur Datenverarbeitung habe ich Kenntnis genommen.

Wahlleistungen

Wahlleistungen bedürfen einer zusätzlich gesonderten Vereinbarung.

*
1
1
0
3
*

Datum

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift des Klinikmitarbeiters

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

Datum

Unterschrift des Vertreters

Widerrufsrecht

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich die erteilten Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungen, ganz oder teilweise, jederzeit und ohne Angaben von Gründen, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift, widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Klinik und den an der Behandlung beteiligten Dritten statt.

Datum

Unterschrift Patient

Datum

Unterschrift des Klinikmitarbeiters

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

Datum

Unterschrift des Vertreters

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, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Versicherterstatus,
2. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiaagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Rehabilitationsbehandlung 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 Rehabilitationsbehandlung 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. Darüberhinaus 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.