

Aufnahmeantrag / Behandlungsvertrag

zwischen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

und den **Kliniken Nordoberpfalz AG**
Steinwaldklinik Erbdorf
Fachklinik für geriatrische Rehabilitation
Krankenhausstraße 5
92681 Erbdorf

Name, Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:
Geburtsdatum:
Patientennummer:

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 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 Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen zu zahlen habe. Den sich ergebenden Zuzahlungsbetrag werde ich bis zum Ende meines Rehaaufenthaltes 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.

Erklärung zum Datenschutz:

Nichtzutreffendes bitte streichen!

Auskünfte über Anwesenheit:

Ich willige ein, dass von Ärzten* der Klinik oder von Klinikmitarbeitern, insbesondere der Information, auf Anfrage von Dritten Auskunft über meine Anwesenheit in der Klinik, über die Station und die Zimmernummer erteilt werden können. Da dies auch die ärztliche Schweigepflicht tangiert, entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und die sonstigen eingebundenen Mitarbeiter* der Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht.

Auskünfte über Anwesenheit an Seelsorger:

Ich willige ein, dass die Seelsorger der Klinik über meine Konfession und meine Anwesenheit informiert werden. Weiterhin willige ich ein, dass meine Heimatpfarrei bei deren Anfrage über meine Anwesenheit informiert werden darf. Für diese Auskünfte entbinde ich die Ärzte sowie sonstige in meine Behandlung eingebundenen Mitarbeiter der Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht.

Daten aus früheren Krankenhausaufenthalten:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten aus früheren Behandlungen in der Klinik herangezogen werden, soweit dies für meine Behandlung in der Steinwaldklinik erforderlich erscheint. Hiermit entbinde ich die Ärzte sowie die in meine Behandlung eingebundenen sonstigen Mitarbeiter der Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie die Vorbehandlungsdaten nicht nutzen wollen, beachten Sie bitte das Informationsblatt.

Datenanforderung und Datenübermittlung an den Hausarzt sowie Mit- und Weiterbehandler:

Ich willige ein, dass die mich behandelnden Ärzte der Klinik die verfügbaren Gesundheitsdaten insbesondere Behandlungsdaten, Labordaten, Röntgenbilder, etc., von dem von mir benannten Hausarzt oder den Mit- und Weiterbehandlern, soweit sie für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern dürfen. Diese Anforderung ermöglicht es den Ärzten der Klinik und den in die interdisziplinäre Behandlung eingebundenen weiteren Gehilfen, die für meine Behandlung nötigen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes und der Mit- und Weiterbehandler rasch zu erhalten. Weiterhin willige ich ein, dass die Ärzte der Klinik die mich betreffenden Gesundheitsdaten (z.B. Arztbriefe, Befunde, Medikation, etc.) an den von mir benannten Hausarzt oder die Mit- und Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermitteln dürfen. Die Übermittlung der Gesundheitsdaten dient der Erstellung und der Vervollständigung der zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt und die Mit- und Weiterbehandler. Für diese Maßnahmen entbinde ich die mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Aufnahmeantrag / Behandlungsvertrag

zwischen

Datenübermittlung zur Pflegeüberleitung:

Ich willige ein, dass die Ärzte der Klinik sowie die sonstigen in meine Behandlung eingebundenen Mitarbeiter der Klinik, etwa des Sozialdienstes, die erforderlichen Gesundheitsdaten (z. B. Arztbrief, Befunde, Medikation) zum Zweck der Pflegeüberleitung an die für die hausärztliche Pflege zuständigen Einrichtungen und Personen übermitteln dürfen. Für diese Maßnahmen zur Pflegeüberleitung entbinde ich die Ärzte der Klinik sowie die sonstigen in meine Behandlung eingebundenen Mitarbeiter von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datenübermittlung an externe Institutionen (z.B. Labor):

Ich willige ein, dass die im Zusammenhang mit der Diagnose und Behandlung meiner Krankheit mit Untersuchungen beauftragten externen Institutionen (z.B. Labor, Pathologie) die nötigen Informationen erhalten, die für die Durchführung des jeweiligen Untersuchungsauftrages unbedingt erforderlich sind. Für diese Maßnahmen entbinde ich die Ärzte der Klinik sowie die in meine Behandlung eingebundenen sonstigen Mitarbeiter der Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht.

Elektronische Datenverarbeitung und Datenarchivierung:

Zur schnellstmöglichen Erhebung, Verarbeitung und Archivierung elektronisch gespeicherter personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten im Hause bedient sich die Klinik IT- Bild-/Datenverarbeitungssystemen (z. B. RIS/PACS, Befundsysteme) sowie medizintechnischer Geräte. Um den ordnungsgemäßen Betrieb dieser informationstechnischen Systeme und medizintechnischer Geräte zu jeder Zeit zu gewährleisten, benötigt die Klinik teilweise externe Dienstleister (z. B. Softwarespezialisten und Programmierer). Es ist nicht ausschließbar, dass IT-Spezialisten zum Zweck der Behebung von Störungen im Einzelfall auch auf gespeicherte besondere Arten personenbezogener Daten zugreifen müssen. Diese externen Dienstleister werden stets sorgfältig ausgewählt, überwacht sowie auf die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sowie des Datengeheimnisses (vgl. Art. 5 BayDSG) verpflichtet. In diese nötigen Maßnahmen willige ich ein und entbinde die mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mitarbeiter- und Patientenschutz:

Ich bin mir bewusst, dass zum Zweck des Mitarbeiter- und Patientenschutzes, z.B. bei Nadelstichverletzungen, eine unverzügliche Blutuntersuchung notwendig ist. Ich willige ein, um die erforderliche Blutabnahme und die nötigen Blutuntersuchung zum Schutz von Ärzten, Mitarbeitern und anderen Patienten zu ermöglichen.

Belehrung und Widerrufsmöglichkeit:

Ich bin über den Zweck der Schweigepflichtentbindungserklärung sowie der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung sowie über die Art der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung aufgeklärt worden und habe sie verstanden. Ich bin mir bewusst, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärungen sowie die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen insgesamt jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass der Widerruf meiner Einwilligungserklärung, die Rechtmäßigkeit der bisherigen (bis zu meinem Widerruf erfolgten) Datenverarbeitung [Begriff: Art 4 Abs.2 DS-GVO] nicht beeinträchtigt. Ich weiß, dass ich einzelne Teile der o.g. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung herausstreichen könnte. Mir ist aber bewusst, dass damit eine optimale und rasche Behandlung meines Falles beeinträchtigt werden könnte und dies dadurch negative Auswirkungen auf den Behandlungserfolg haben könnte.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Art und Weise der oben beschriebenen Datenverarbeitung der besonderen Arten personenbezogener Daten in der Steinwaldklinik Erbendorf einverstanden und bestätige dies durch meine Unterschrift.

....., den

.....
Unterschrift des Patienten/ Betreuers/ oder Bevollmächtigten/ Sorgeberechtigten

*) Anmerkung:

Nur der Einfachheit halber und zur leichteren Lesbarkeit wurden die maskulinen Verben Patient, Arzt und Mitarbeiter verwendet. Diese stehen jeweils für Patient und Patientin, Arzt und Ärztin sowie Mitarbeiter und Mitarbeiterin.

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.