



Behandlungsvertrag

zwischen der Klinikum Bayreuth GmbH
und

Frau Agfa Test
MusterAllee 101 A, 12345 Musterstadt
Geb.Datum: 02.02.1993
Fallnummer: 12078126
Station / FA: 33 / GY



Hausarzt: _____

Angehörige: Kann ich, , Erreichbarkeit:

- Ich beantrage für mich/den oben genannten Patienten die Aufnahme bzw. die vollstationäre, teilstationäre, vor- u. nachstationäre oder ambulante Behandlung durch die Klinikum Bayreuth GmbH. Während der ersten Diagnosemaßnahmen wird mit dem behandelnden Arzt - durch Vertragsauslegung - die genaue Behandlung entschieden bzw. gewählt, die sich nach Art und Schwere der Erkrankung sowie nach der medizinisch zweckmäßigen Versorgung richten muss.
- Ich bin ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen der Klinikum Bayreuth GmbH (AVB), auf den DRG-Entgelttarif sowie auf die Hausordnung hingewiesen worden und hatte die Möglichkeit, von ihren Inhalten Kenntnis zu nehmen (Aushang). Ich bin mit deren Geltung einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Klinikum Bayreuth GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt/Facharzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/Facharzt.

Hausarzt: Ja Nein Facharzt: Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Klinikum Bayreuth GmbH die bei meinem Hausarzt/Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Klinikum Bayreuth GmbH, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes/Facharztes zu erhalten. Die Klinikum Bayreuth GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Hausarzt: Ja Nein Facharzt: Ja Nein

Die Einwilligungserklärungen erfolgen freiwillig. Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Klinikum Bayreuth GmbH, Patientenverwaltung, Preuschwitzer Str. 101, 95445 Bayreuth widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Durch die Nichterteilung der Einwilligung/den Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile.

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters oder Zahlungspflichtigen

Einwilligungserklärung zur Auskunftserteilung an Angehörige

- Ich bin damit einverstanden, dass die Pforte Auskünfte über meinen Aufenthaltsort im Krankenhaus erteilt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Klinikums auf Nachfrage meiner Angehörigen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand mitteilen, soweit der jeweilige Mitarbeiter von der Identität eines Angehörigen überzeugt ist.
- Ich bin mit den oben genannten Punkten nicht einverstanden.

Zu diesem Zweck entbinde ich die Mitarbeiter der Klinikum Bayreuth GmbH bzw. die behandelnden Ärzte ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Die Einwilligungserklärungen erfolgen freiwillig. Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Klinikum Bayreuth GmbH, Patientenverwaltung, Preuschwitzer Str. 101, 95445 Bayreuth widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Durch die Nichterteilung der Einwilligung/den Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile.

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters oder Zahlungspflichtigen

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, das **Patienten-Armband** während meines gesamten Klinikaufenthaltes zu tragen.
 Ja Nein
- **Kostenträger:** Selbstzahler,
- **Hauptversicherter:** Test Agfa, *02.02.1993, MusterAllee 101 A, 12345 Musterstadt
- Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung einer Krankenkasse oder eines anderen Sozialhilfeträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, bin ich zur ganzen bzw. teilweisen Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
- 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.
- Religionszugehörigkeit: Es ist mir bekannt, dass die Angabe meiner Konfession freiwillig ist.

Religionszugehörigkeit: Es ist mir bekannt, dass die Angabe meiner Konfession freiwillig ist.

- römisch-katholisch evangelisch Andere

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, meine Konfession, meine Adresse und die Station

- die Seelsorge der Klinikum an die Heimatgemeinde
Bayreuth GmbH

für Zwecke der seelsorgerischen Betreuung weitergeleitet wird.

Die Einwilligungserklärungen erfolgen freiwillig. Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Klinikum Bayreuth GmbH, Patientenverwaltung, Preuschwitzer Str. 101, 95445 Bayreuth widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Durch die Nichterteilung der Einwilligung/den Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile.

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters oder Zahlungspflichtigen

Obduktionsklausel

- (1) Die innere Leichenschau kann vorgenommen werden, wenn sie zur Feststellung der Todesursache aus ärztlicher Sicht notwendig ist oder wenn ein wissenschaftliches Interesse besteht.
- (2) Von der inneren Leichenschau ist abzusehen, wenn ihr die verstorbene Person zu Lebzeiten widersprochen hat. Hat die verstorbene Person der inneren Leichenschau nicht ausdrücklich zugestimmt, darf sie erst nach Ablauf von acht Tagesstunden vorgenommen werden (Tagesstunden sind die Stunden von 7.00 bis 22.00 Uhr). Widersprechen der Ehegatte, die volljährigen Kinder, die Eltern oder die Geschwister der verstorbenen Person oder ihr gesetzlicher Vertreter innerhalb der genannten Frist, so ist von einer Leichenschau abzusehen; bis zu ihrer Vornahme ist auch ein nach Fristablauf eingegangener Widerspruch zu berücksichtigen. Bestehen unter den widerspruchsberechtigten Personen Meinungsverschiedenheiten, so geht der Wille des Ehegatten dem der volljährigen Kinder, der Wille der volljährigen Kinder dem der Eltern und der Wille der Eltern dem der Geschwister vor. Bei Meinungsverschiedenheiten unter widerspruchsberechtigten Personen gleichen Grades ist von der inneren Leichenschau abzusehen.
- (3) Absatz 2 gilt nicht, wenn besondere gesetzliche Bestimmungen die innere Leichenschau vorschreiben.
- (4) Die innere Leichenschau wird unter Beachtung der Ehrfurcht vor dem toten Menschen vorgenommen und auf das notwendige Maß beschränkt.

Ich stimme der Obduktionsklausel zu: Ja Nein

Die Klinikum Bayreuth GmbH ist berechtigt, Patientendaten und gewonnenes Probenmaterial, sofern es für diagnostische Zwecke nicht mehr benötigt wird, für Forschungszwecke in anonymisierter Form auf unbestimmte Zeit weiterzuverwenden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich innerhalb eines Kalenderjahres (gem. derzeit gesetzlich gültiger Bestimmungen) eine Zuzahlung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung zu leisten habe.

Ich wollte jeweils eine Ausfertigung folgender Exemplare mitnehmen:

- | | | | | |
|---|-----------------------|----|-----------------------|------|
| • des Behandlungsvertrag | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • der Allgemeine Vertragsbedingungen | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • des DRG-Entgelttarifs | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • der Patienteninformation zum Entlassmanagement | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • der Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • der Hausordnung | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • Information nach der Datenschutzgrundverordnung | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Hiermit bestätige ich, (auch), dass seitens des nicht anwesenden anderen Elternteils die Ermächtigung dafür erfolgt ist, hiermit in die Behandlung unseres Kindes für beide Elternteile einzuwilligen.

Bayreuth, 22.02.2019

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen
Vertreters oder Zahlungspflichtigen

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Unterschrift des 2. gesetzlichen Vertreters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht:

Unterschrift des Vertreters

Stellung des Vertreters zum Patienten

Für die interne Bearbeitung:

- Behandlungsvertrag zur Unterschrift an den Patienten übergeben.
- Behandlungsvertrag unterschrieben zurück erhalten.

letzte Bearbeitung: 09.04.2019, 16:23 Uhr