



Behandlungsvertrag

zwischen
der Klinikum Bayreuth GmbH
und

Angehörige::
Tel:
E-Mail:

Name:
Adresse:
Geb.Datum:
Fallnummer:
Station / FA:

- für mich / den oben genannten Patienten über die Aufnahme bzw. die vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung durch die Klinikum Bayreuth GmbH. Leistungen, die gemäß § 115f SGB V vergütet werden, sind eingeschlossen. 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. Mit stationärer Aufnahme wirkt der Vertrag als stationärer Behandlungsvertrag.
- Ich bin ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen der Klinikum Bayreuth GmbH (AVB), auf den DRG-Entgelttarif, die Informationen zur elektronischen Patientenakte (ePA) sowie auf die Hausordnung hingewiesen worden und hatte die Möglichkeit, von ihren Inhalten Kenntnis zu nehmen (Aushang). Ich bin mit deren Geltung einverstanden.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich innerhalb eines Kalenderjahres (gem. derzeit gesetzlich gültiger Bestimmungen) eine Zuzahlung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung zu leisten habe.
- **Kostenträger:**
- **Hauptversicherter:**
- 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.

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Bayreuth, ...

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht/ gesetzlicher Vertreter/Betreuer.

Ich bestätige, dass seitens des nicht anwesenden anderen Elternteils die Ermächtigung dafür erfolgt ist, hiermit in die Behandlung unseres Kindes für beide Elternteile einzuwilligen. Gilt nicht bei schweren Eingriffen!

Unterschrift des Vertreters

Stellung des Vertreters zum Patienten

Ich möchte eine Ausfertigung folgender Exemplare mitnehmen:

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| • des Behandlungsvertrages | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • der Allgemeinen Vertragsbedingungen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • des DRG-Entgelttarifs | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • der Patienteninformation zum Entlassmanagement | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • der Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • der Patienteninformation zur elektronischen Patientenakte (ePA) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • der Hausordnung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| • Einverständnis Datennutzung und Datenübermittlung | ☐ Ja | ☐ Nein |

und habe die Gewollten erhalten.

2. Einverständnis Datennutzung und Datenübermittlung

(gemäß Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2 a DSGVO i.V. m. § 73 Abs. 1b SGB V)

Patientenname/: _____

- Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Klinikum Bayreuth GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt/ Facharzt/ sonstigen Vor-/Nachbehandler** zum Zwecke der Dokumentation und/oder Weiterbehandlung übermittelt. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an diesen Krankenhausaufenthalt von meinem Hausarzt/ sonstigen Arzt/ Behandler übernommen wird. Die **Übermittlung** der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem

Hausarzt: Dr. med. _____

☐ Ja

☐ Nein

Facharzt: Dr. med. _____

☐ Ja

☐ Nein

Einweisender Arzt: _____

☐ Ja

☐ Nein

Nachbehandler (soweit bekannt): _____

☐ Ja

☐ Nein

- Hinzuziehen von Vorbehandlungen

Um eine optimale Krankenhausbehandlung und bessere medizinische Einschätzung ihres Behandlungsfalls zu gewährleisten, kann die Hinzuziehung von Vorbehandlungsdaten Ihrer früheren Aufenthalte in unserem Haus empfehlenswert sein. Ich wünsche die Hinzuziehung von relevanten Vorbehandlungsdaten aus früheren Aufenthalten in der Klinikum Bayreuth GmbH.

☐ Ja

☐ Nein

- Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Klinikum Bayreuth GmbH die bei meinem Hausarzt/sonstigen Vorbehandler 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

- Ich bin damit einverstanden, dass die Klinikinformation sowie an meiner Behandlung beteiligtes medizinisches Personal bei Nachfrage durch Besucher/ Angehörige Auskünfte über die Tatsache meines Aufenthaltes (insbesondere z. B. Zimmernummer, Telefonnebenstelle, Aufenthaltsdauer) im Krankenhaus erteilt.

☐ Ja

☐ Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Klinikums während meines Aufenthaltes auf Nachfrage meiner Angehörigen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand mitteilen, soweit der jeweilige Mitarbeiter von der Identität eines Angehörigen überzeugt ist.

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

☐ Ja

☐ Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass **Patienten-Armband** während meines gesamten Klinikaufenthaltes zu tragen.

☐ Ja

☐ Nein

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

Wenn ich klinische Notfallseelsorge wünsche, bekomme ich die Kontaktdaten für evangelische oder katholische Klinik-Seelsorge vom Personal.

Die Einwilligungserklärungen erfolgen freiwillig. Sie gilt für diesen Behandlungsfall für die Dauer dieses Aufenthaltes. Durch die Nichterteilung der Einwilligungen entstehen Ihnen keine Nachteile.

Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Klinikum Bayreuth GmbH, Preuschwitzer Str. 101, 95445 Bayreuth (Patientenaufnahme) widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters oder Zahlungspflichtigen



3. 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 Einwilligungserklärungen erfolgen freiwillig. Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Klinikum Bayreuth GmbH, 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