

Behandlungsvertrag

über stationäre und ambulante Krankenhausleistungen

zwischen

Patientenetikett

und

dem Pfalzkl. Klinikum für Psychiatrie und Neurologie (AdÖR)

über die vollstationäre/stationsäquivalente psychiatrische/teilstationäre/vor- und nachstationäre/ oder ambulante Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen der Klinik vom 01.10.2017 niedergelegten Bedingungen.

Hinweis

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung einer Krankenkasse oder eines anderen Sozialleistungsträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Krankenhausverwaltung und des Sozialen Dienstes in meinem Namen meinen versicherungsrechtlichen Status überprüfen dürfen. Der Wirkungsbereich dieser Einwilligung erstreckt sich darüber hinaus auf die Durchführung aller in diesem Zusammenhang notwendigen Handlungen und die Abgabe aller damit verbundenen Erklärungen, insbesondere gegenüber allen Behörden und Körperschaften des öffentlichen Rechts. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bin davon unterrichtet worden, dass das Krankenhaus für eingebrachte, nicht hinterlegte Geldbeträge und Wertsachen keine Haftung übernimmt.

Empfangsbekanntnis: Ich habe jeweils eine Ausfertigung von folgenden Formularen erhalten:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> der Einwilligung zur Pfortenauskunft | <input type="checkbox"/> der Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen |
| <input type="checkbox"/> der Wahlleistungsvereinbarung | <input type="checkbox"/> des Einverständnisses gem. § 73 Abs. 1b SGB V zur Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> des Einverständnisses gem. § 17c Abs. 5 KHG zur Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> der Patienteninformation zum Entlassmanagement |
| <input type="checkbox"/> der Patienteninformation zum Entlassmanagement | <input type="checkbox"/> der Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung |

Die nachfolgenden Formulare und die Hinweise hierzu, entnehmen Sie bitte dem Aushang, bzw. aus der im Aufnahmezimmer ausgelegten Mappe, oder im Internet unter www.pfalzkl. Klinikum.de.

Gerne sind wir auch bereit Ihnen diese Unterlagen in Papierform auszuhändigen:

- Auflistung der Entgelte im Pfalzkl. Klinikum
- Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)
- Information gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO
- Information zum Abrechnungssystem nach Fallpauschalen (DRG)
- Hausordnung
- Information zum PEPP Abrechnungssystem

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/ gesetzlicher Vertreter/ Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Pfalzkl. Klinikum für Psychiatrie und Neurologie AdÖR

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz

Verwaltungsratsvorsitzender: Theo Wieder **Geschäftsführer:** Paul Bomke**Steuernummer:** 24/668/0118/2 **Bank:** Sparkasse Südliche Weinstraße**BIC:** SOLADES1SUW **IBAN:** DE28 5485 0010 0000 0002 40