

Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH

Behandlungsvertrag mit Patienten, die belegärztliche Leistungen in Anspruch nehmen

zwischen

.....
Familiennamen, Vorname des Patienten

.....
Geburtsdatum des Patienten

und der

**Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH,
Hirschauer Straße 6, 80538 München**

als Träger des Krankenhauses über die vollstationäre Behandlung **zu den in den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses vom 01.01.2016 sowie den im Entgelttarif niedergelegten Bedingungen und Konditionen.** Die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf Leistungen des Belegarztes; zu diesen gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. **Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärzte sowie der Beleghebammen.**

Der Belegarzt, die von ihm hinzugezogenen Ärzte sowie die Beleghebammen bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen ihre Leistungen gesondert.

Hinweis:

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 in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise **als Selbstzahler** zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Wahlleistungen können nur nach schriftlichem Abschluss eines Wahlleistungsvertrages gewährt werden.

Ich bin ausdrücklich auf die Geltung der ausliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH hingewiesen worden. Ich bestätige, die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die AVB vor der Unterzeichnung des Behandlungsvertrages gehabt zu haben.

München, den _____

Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH

Unterschrift Patient / Vertreter

Bitte Rückseite beachten! →

Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH

Zustimmung zur Datenverarbeitung

I. Ich stimme zu, dass im Rahmen des mit der Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH abgeschlossenen Vertrages personenbezogene Daten sowie behandlungsrelevante medizinische Datengespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen gesetzlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) übermittelt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nachfolgende Daten:

1. Familienname und Vorname des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift,
2. Krankenversicherungsnummer, und Versichertenstatus,
3. Tag, Uhrzeit und Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose; Aufnahmediagnose, ggf. nachfolgende Diagnosen; Dauer der Krankenhausbehandlung sowie medizinische Stellungnahmen,
4. Zeitpunkt und Art der durchgeführten Behandlungen und sonstigen Prozeduren
5. Zeitpunkt und Grund der Entlassung oder Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgeblichen Diagnosen (Entlassungs-, Verlegungsdiagnose, Haupt- und Nebendiagnosen).
6. Angaben zu durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung.

II. Betrifft nur gesetzlich krankenversicherte Patienten: Ich erkläre mich mit einer Datenübermittlung an meinen Hausarzt (i. S. §73 Absatz 1b SGB V) einverstanden.

III. Betrifft nur privat (zusatz-)versicherte Patienten: Ich erkläre mich im Rahmen der Direktabrechnung mit meiner Krankenversicherung mit einer Datenübermittlung an mein privates Krankenversicherungsunternehmen (i. S. §17 c Absatz 5 KHG) einverstanden.

O Ich bin nicht mit der Bekanntgabe meines Aufenthaltsortes (Station und Zimmer) sowie meiner Telefonnummer an Klinikfremde Personen einverstanden.

München, den _____

Unterschrift Patient / Vertreter

Empfangsbestätigung

Ich habe jeweils eine Ausfertigung

- des Behandlungsvertrages mit Hinweis auf die Datenverarbeitung sowie eine
 Ausfertigung einer Wahlleistungsvereinbarung

erhalten.

Ferner bestätige ich, dass ich auf den Inhalt der **Patientenmappe** mit weiteren Informationen und Unterlagen, die am Empfang und im Zimmer ausliegt, hingewiesen worden bin und die Möglichkeit zur Kenntnisnahme hatte. Darin enthalten sind u.a. Ausfertigungen

- des Entgelttarifs und der Unterrichtung des Patienten nach § 14 BPfIV bzw. § 8 KHEntgG
 der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
 der Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen
 die Haftungsbeschränkung bei Wertsachen

München, den _____

Unterschrift Patient / Vertreter

Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH

Behandlungsvertrag

zwischen

.....
Familiename, Vorname des Patienten

.....
Geburtsdatum des Patienten

und der

**Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH,
Hirschauer Straße 6, 80538 München**

als Träger des Krankenhauses über die vollstationäre Behandlung zu den in den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses vom 01.01.2016 sowie den im Entgelttarif niedergelegten Bedingungen und Konditionen.

Hinweis:

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 in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise **als Selbstzahler** zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Wahlleistungen können nur nach schriftlichem Abschluss eines Wahlleistungsvertrages auch für Kassenpatienten gewährt werden.

Ich bin ausdrücklich auf die Geltung der ausliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH hingewiesen worden. Ich bestätige, die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die AVB vor der Unterzeichnung des Behandlungsvertrages gehabt zu haben.

München, den _____

Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH

Unterschrift Patient / Vertreter

Bitte Rückseite beachten! →

Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH

Zustimmung zur Datenverarbeitung

I. Ich stimme zu, dass im Rahmen des mit der Frauenklinik Dr. Geisenhofer GmbH abgeschlossenen Vertrages personenbezogene Daten sowie behandlungsrelevante medizinische Datengespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen gesetzlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) übermittelt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nachfolgende Daten:

1. Familienname und Vorname des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift,
2. Krankenversicherungsnummer, und Versichertenstatus,
3. Tag, Uhrzeit und Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose; Aufnahmediagnose, ggf. nachfolgende Diagnosen; Dauer der Krankenhausbehandlung sowie medizinische Stellungnahmen,
4. Zeitpunkt und Art der durchgeführten Behandlungen und sonstigen Prozeduren
5. Zeitpunkt und Grund der Entlassung oder Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgeblichen Diagnosen (Entlassungs-, Verlegungsdiagnose, Haupt- und Nebendiagnosen).
6. Angaben zu durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung.

II. Betrifft nur gesetzlich krankenversicherte Patienten: Ich erkläre mich mit einer Datenübermittlung an meinen Hausarzt (i. S. §73 Absatz 1b SGB V) einverstanden.

III. Betrifft nur privat (zusatz-)versicherte Patienten: Ich erkläre mich im Rahmen der Direktabrechnung mit meiner Krankenversicherung mit einer Datenübermittlung an mein privates Krankenversicherungsunternehmen (i. S. §17 c Absatz 5 KHG) einverstanden.

O Ich bin nicht mit der Bekanntgabe meines Aufenthaltsortes (Station und Zimmer) sowie meiner Telefonnummer an Klinikfremde Personen einverstanden.

München, den _____

Unterschrift Patient / Vertreter

Empfangsbestätigung

Ich habe jeweils eine Ausfertigung

- des Behandlungsvertrages mit Hinweis auf die Datenverarbeitung sowie eine
 Ausfertigung einer Wahlleistungsvereinbarung

erhalten.

Ferner bestätige ich, dass ich auf den Inhalt der **Patientenmappe** mit weiteren Informationen und Unterlagen, die am Empfang und im Zimmer ausliegt, hingewiesen worden bin und die Möglichkeit zur Kenntnisnahme hatte. Darin enthalten sind u.a. Ausfertigungen

- des Entgelttarifs und der Unterrichtung des Patienten nach § 14 BPfIV bzw. § 8 KHEntgG
 der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
 der Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen
 die Haftungsbeschränkung bei Wertsachen

München, den _____

Unterschrift Patient / Vertreter