

Patientenetikett
oder
Vor- und Zuname Patient/in
Geburtsdatum
Anschrift



Behandlungsvertrag/Wahlleistungsvereinbarung

zwischen

Vor- und Zuname Patient/in

Geburtsdatum

Anschrift

und

der Enzkreis-Kliniken gGmbH (nachfolgend Kliniken gGmbH)

Behandlungsvertrag: Allgemeine Krankenhausleistungen

über die voll-, teil-, vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den derzeit gültigen **Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)** der Kliniken gGmbH niedergelegten Bedingungen.

Für den Fall, dass **keine Kostenübernahmeerklärung** einer privaten Krankenversicherung, eines Sozialleistungsträgers oder eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers vorgelegt wird oder die Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz oder teilweise als **Selbstzahler** zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Vertreter/in

Datum

Vertreter/in der Kliniken gGmbH

Wahlleistungsvereinbarung

über die nachstehend angekreuzten **gesondert berechenbaren Wahlleistungen** zu den in den **AVB** und im DRG-/PEPP-Entgelttarif genannten Bedingungen ab dem _____:

1. **Wahlärztliche Behandlung durch die Chefärzte und Leitenden Ärzte (Wahlärzte)**

Die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihre Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Bei der Inanspruchnahme dieser Wahlleistung kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Vorstehendes gilt auch soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie von der Kliniken gGmbH berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung erbracht (§4 Abs. 2 Satz 1 und 3 GOÄ/GOZ). Eine Durchführung von Leistungen unter Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung kann auch durch nichtärztliche Mitarbeiter erfolgen (z.B. nichtärztliche Therapeuten in den Fachgebieten Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatik). Für den Fall der unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen ständigen ärztlichen Vertreter (Liste ist beigefügt) einverstanden. Ist auch der ständige ärztliche Vertreter verhindert und ist eine Verschiebung des Eingriffs/der Behandlung aus medizinischen Gründen nicht angezeigt, bin ich mit der Behandlung durch einen anderen Arzt des Krankenhauses einverstanden. In diesem Fall entfällt der Anspruch auf Zahlung einer wahlärztlichen Vergütung für den Eingriff/die Behandlung.

2. Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** (Preise siehe aktuell gültiger DRG-/PEPP-Entgelttarif).

3. Unterbringung in einem **2-Bett-Komfort-Zimmer** (Preise siehe aktuell gültiger DRG-/PEPP-Entgelttarif).

4. **Behandlung durch die Leitenden Ärzte** der Kliniken gGmbH **auch für mein(e) neugeborenes(n) Kind(er)**.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Vertreter/in

Datum

Vertreter/in der Kliniken gGmbH

Empfangsbekanntnis

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten von:

Behandlungsvertrag/Wahlleistungsvereinbarung

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

DRG-/PEPP-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung nach § 4 Abs. 2 GOÄ (Wahlarztliste)

Datum

Unterschrift Patient/in oder Vertreter/in

Ich handle als **Vertreter/in mit Vertretungsmacht**. Zugleich verpflichte ich mich in **eigenem Namen, neben dem Patienten und der eintrittspflichtigen Krankenversicherung gesamtschuldnerisch zur Kostenübernahme**:

Zuname, Vorname, Anschrift des/der Vertreters/in - in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift

