

Aufnahme und Behandlungsvertrag

zwischen dem/der oben genannten Patient(en)/in und
dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

über die voll- bzw. teil-, vor- und nachstationäre Behandlung. Es gelten die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des KEH in der jeweils gültigen Fassung und gemäß den in diesem Vertrag genannten Absprachen.
Ich erkläre ausdrücklich, dass mir die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die AVB gegeben wurde. Wahlleistungen bedürfen einer zusätzlich gesonderten Vereinbarung. KEH.

Kostenübernahme

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 abgedeckt, ist der Patient ganz oder teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistung verpflichtet. Hierbei ist eine Vorauszahlung von 3.000,00 Euro zu leisten.

Seelsorgerische Betreuung

Mit einer seelsorgerischen Betreuung bin ich einverstanden nicht einverstanden *

Begleitperson

Ich beantrage für _____ die Aufnahme als Begleitperson (med. notwendig).

Auskunftserteilung über Krankenhausaufenthalt

Ich ermächtige das KEH, über die Tatsache meines Krankenhausaufenthaltes bei Nachfragen Auskunft zu erteilen.
Insbesondere bin ich mit einer Auskunftserteilung durch den Pförtner des KEH einverstanden.

ja nein *

Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Wahrung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, Medizinischer Dienst der Krankenkassen) übermittelt werden können. In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Name, Vorname des Versicherten / Geburtsdatum / Anschrift
2. Kostenträger / Krankenversicherungsnummer / Versicherungsstatus
3. Tag, Uhrzeit und Grund der Aufnahme sowie Einweisungs- und Aufnahmediagnose, bei einer Änderung Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung, sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung,
4. Datum und Art der im Krankenhaus durchgeführten Operationen,
5. Tag, Uhrzeit und Grund der Entlassung oder externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnosen,
6. Angaben über die im Krankenhaus durchgeführten (Reha-)Maßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
7. Versenden von Epikrise/Entlassungsbericht ausschließlich an den Medizinischen Dienst des Kostenträgers zwecks Abrechnungsprüfung,
8. Registrierung im Krebsregister (GKR) im Falle einer Krebserkrankung.

Nachfolgendes ist nur vom gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

Datenübermittlung an Hausarzt bzw. Pflegeeinrichtungen (§73 Abs.1b SGBV)

Das Krankenhaus muss jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Hausarzt befragen. Die Angaben dazu sind freiwillig. Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt mit. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an den genannten Hausarzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass bei dem benannten Hausarzt vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können und dass im Bedarfsfall pflegerelevante Daten an Pflegeeinrichtungen weitergegeben werden.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit im Teil oder insgesamt widerrufen werden!

Berlin Aufgenommener/gesetzl. Vertreter/ Bevollmächtigter

Verwaltungsangestellter für das KEH

* Zutreffendes bitte ankreuzen