

Behandlungsvertrag

Patientendaten

und

der Klinikum Pirna GmbH, Struppener Str. 13, 01796 Pirna

über ambulante Operationsleistungen

zu den, in den gültigen AVB des Klinikum Pirna, niedergelegten Bedingungen

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 Krankenhausleistung verpflichtet.

Hinweis auf die Datenverarbeitung:

Dem Patienten wird zur Kenntnis gegeben, dass im Rahmen des von ihm bzw. des zu seinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über seine Person, seinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Kostenträger) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer,
5. Versichertenstatus,
6. den, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
7. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Bei notwendig werdender Verlegung stellt die abgehende Abteilung der aufnehmenden Abteilung die Behandlungsunterlagen des Patienten in erforderlichen Umfang zur Verfügung.

Datum

Unterschrift
(Patient oder Vertreter)

Unterschrift Krankenhaus

Empfangsbekennnis:

– Ich habe jeweils eine Ausfertigung

des Behandlungsvertrages

der Wahlleistungsvereinbarung

erhalten.

– Darüber hinaus erhielt ich / möchte ich erst auf der Station zur Kenntnis nehmen *)

die Allgemeinen Vertragsbedingungen

den Pflegekostentarif / Unterrichtung des Patienten

die Hausordnung, zu deren Einhaltung ich mich verpflichte.

Datum

Unterschriften

*) Kenntnisnahme bestätigt: _____

Bitte beachten Sie die Anlagen **"Hinweis für gesetzlich Versicherte"**.