

K R A N K E N H A U S S A L E M gGmbH
Zeppelinstr. 11-33 * 69121 Heidelberg
Patientenaufnahme/Behandlungsvertrag

Fall-Nr.: _____ Aufn.Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name: _____ Vorname: _____

Name und akad. Titel / Namensvorsätze

Geb.Datum: _____ Geb.Name: _____

Geschlecht: w m d Geb.Ort: _____

Fam.stand: verheiratet nicht verheiratet verwitwet Staatsangehörigkeit: _____

Strasse/Nr. _____ Telefon: _____

PLZ _____ Ort _____

Staat _____ Religionszugehörigkeit: _____

Die Angabe der Religionszugehörigkeit ist freiwillig
(siehe Hinweise zur Datenverarbeitung)

Beruf/ Arbeitgeber: _____

Angehörige: _____

Telefon: _____

Aufnahmedaten: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Fallart: stationär ambulant vorstationär ambulante OP

Aufnahmeart: Einweisung Notfall Begleitperson Entbindung

Patient kam mit Rettungswagen

einweisender Arzt: _____ Hausarzt: _____

Einweisung aus extern. KH Nur, wenn im ext. KH stationär länger als 24Std. einweisendes Krankenhaus: _____

Fachrichtung: _____ Gruppe: _____

Behandlungskategorie: AP (allgemeiner Patient) CH (Wahlleistung Arzt)* Familienzimmer*
(nur im Geburtshilflichen Zentrum)
 AP 1Bett/D* CH 1Bett/D*
 AP 2Bett/D* CH 2Bett/D*

*)Diese Leistungen müssen separat vereinbart werden. Es entstehen dadurch zusätzliche Kosten.

Krankenkasse: _____ Ort: _____

Versichertennummer: _____

Versicherungsart: M* F* R*
*Mitglied *Familierversichert *Rentner

Bei Fam.versicherung: Hauptversicherter: _____

Geb.Datum des/der Hauptversicherten: _____

Private Versicherung: _____ Ort: _____

Versicherungsnummer: _____ Beihilfeberechtigt:

Klinikausweis lag vor

Ja nein
Allgemeine Krankenhausleistungen _____ %
Übernahme 2-Bettzimmer _____ %
Übernahme 1-Bettzimmer _____ %

Behandlungsvertrag

zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten über die vollstationäre / teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den jeweils geltenden AVB des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen.

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), der DRG Entgelttarif und die Hausordnung des Krankenhauses können in der Aufnahme eingesehen und/oder als Mehrfertigung ausgehändigt werden.

Hinweise:

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines 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.

Für eingebrachte Sachen und bei Verlust von Geld oder Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden, wird gem. § 17 der AVB keine Haftung übernommen.

Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. 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 Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, von Ihnen angegebene Ärzte) übermittelt werden können.

Ich ermächtige das Krankenhaus, einen zertifizierten Dienstleister (DMI, Otto-Hahn-Straße 11-13, 48161 Münster) zu beauftragen, die Patientendokumentation zum Zweck der ordnungsgemäßen Archivierung (30-jährige Aufbewahrung) EDV-gestützt zu verwalten und zu verarbeiten (Mikroverfilmung und/oder Digitalisierung).

Alle Personen, die im Rahmen dieser Tätigkeit Umgang mit personenbezogenen Daten haben, sind zur Wahrung des Datenschutzes entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht und sonstiger datenschutzrechtlicher Bestimmungen verpflichtet.

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 Tag, 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
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angaben geeigneter Einrichtungen.

Für Zwecke der Krankenhauseesorge, kann die Religionszugehörigkeit des Patienten erhoben werden. Wir weisen daraufhin, dass die Angaben dazu freiwillig sind. Wird der Übermittlung der Religionszugehörigkeit nicht ausdrücklich widersprochen, so wird diese mit den sonstigen notwendigen Daten (Name, Geburtsdatum, Aufnahmedatum) dem Krankenhauseesorger übermittelt.

Den Hinweis auf die Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen:

Heidelberg, den

Heidelberg, den

(Unterschrift Krankenhaus)

(Unterschrift Patient)

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht:

Ich habe zusätzlich folgende Formulare erhalten:

- () der allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- () der Wahlleistungsvereinbarung
- () die Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen
- () den DRG Entgelttarif und Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG
- () die Patienteninformation im Krankenhausbereich auf Grundlage der Art. 12ff. DS-GVO

(Unterschrift Vertreter)

(Unterschrift Patient)