

# Krankenhaus Salem der evang. Stadtmission

Zeppelinstr. 11-33  
69121 Heidelberg

Prof. Dr. med. Oliver Zivanovic  
Direktor der Geburtshilflichen  
und Gynäkologischen Abteilung

---

## Patientenerklärung bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes

---

Name, Vorname der Patientin Geburtsdatum

---

Postleitzahl Wohnort der Patientin Straße und Haus-Nr.

---

Private Krankenversicherung Telefon-Nr.

---

Name, Vorname und Anschrift der Hauptversicherten (falls abweichend von der Patientin; bei minderjährigen Patientinnen ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift des oder der Sorgeberechtigten)

Bezüglich der bevorstehenden Entbindung wird von mir die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen gewünscht. Bereits heute wurde ich im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ darüber informiert, dass es nicht gewährleistet ist, dass Herr Prof. Zivanovic zum Zeitpunkt der Geburt anwesend ist und die bevorstehende Entbindung persönlich durchführen kann.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich angesichts dieser Situation die Wahl habe, die vorgesehene stationäre ärztliche Behandlung

- insgesamt als allgemeine Krankenhausleistung, d.h. ohne Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen, grundsätzlich durch den jeweiligen diensthabenden Arzt der einzelnen Kliniken/Abteilungen des Krankenhaus Salem durchführen zu lassen; mein Recht zur Inanspruchnahme nichtärztlicher Wahlleistungen bleibt hiervon unberührt (**Variante Nr. 1**),
- unter Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen durch den ärztlichen Vertreter von Herrn Prof. Zivanovic, Frau/Herrn \_\_\_\_\_ durchführen zu lassen mit der Folge, dass von mir an das Krankenhaus Salem ein wahlärztliches Honorar in gleicher Weise wie im Falle der persönlichen Leistungserbringung durch diesen selbst zu entrichten ist (**Variante Nr. 2**).

In Kenntnis dieser Möglichkeiten habe ich mich dazu entschlossen, von der nachstehend angekreuzten Variante Gebrauch zu machen:

- Nr. 1**  
 **Nr. 2**

Heidelberg, \_\_\_\_\_  
Datum

---

Unterschrift der Patientin bzw. ihres Vertreters  
(bei minderjährigen Patientinnen: des oder der  
Sorgeberechtigten)

---

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters  
für das Krankenhaus und Herrn Prof. Zivanovic