

## Behandlungsvertrag mit Patienten, die belegärztliche Leistungen in Anspruch nehmen

zwischen

\_\_\_\_\_  
Zuname, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Patienten

\_\_\_\_\_  
Anschrift

und den Kliniken im Naturpark Altmühltal GmbH

über die vollstationäre/teilstationäre Behandlung zu den in den AVB der Kliniken vom 1. Januar 2013 niedergelegten Bedingungen.

Die Verpflichtung der Klinik erstreckt sich nicht auf Leistungen des Belegarztes; zu diesen gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte der Klinik, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Klinik.

Die Klinik haftet nicht für Leistungen der Belegärzte.

Der Belegarzt, sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Klinik, berechnen ihre Leistungen gesondert.

### **Hinweis:**

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Es werden ausschließlich die Patientendaten, die mit dem Klinikaufenthalt in Verbindung stehen, in der Klinik gespeichert und verarbeitet (soweit es den rechtlichen Rahmenbedingungen entspricht).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bei minderjährigen Patienten: des  
oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Klinikmitarbeiters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

### **Nur für Mütter:**

Während Sie Ihr Kind bei sich im Zimmer haben, übernehmen Sie die Verantwortung für das Kind.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Klinikangestellten

## Empfangsbestätigung

### Ich habe jeweils eine Ausfertigung

- Behandlungsvertrag
- Einverständnis gem. § 73 Abs. 1b SGB V zur Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt
- Hinweises auf die Datenverarbeitung
- Einwilligungserklärungen – Verwendung von Patientendaten
- Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

### Für Patienten mit Walleistungen

- Walleistungsvereinbarung
- Patienteninformation vor Vereinbarung wahlärztlicher Leistung
- Vereinbarung für den Fall vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes

### Ich habe auf eine Aushändigung verzichtet:

- allgemeine Vertragsbedingungen (AVB).
- Krankenhausentgelttarif und die Unterrichtung des Patienten nach 8 KHEntgG
- Hausordnung

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), der Krankenhausentgelttarif und die Unterrichtung des Patienten nach 8 KHEntgG sowie die Hausordnung finden Sie auf der Homepage der Klinik Eichstätt [www.klinik-eichstaett.de](http://www.klinik-eichstaett.de) bzw. der Klinik Kösching [www.klinik-koesching.de](http://www.klinik-koesching.de) unter Aufenthalt > Aufnahmeportal.

**Mir ist bekannt, wenn ich meine Wertgegenstände in eigener Verwahrung behalte, keine Haftungsansprüche bei Verlust geltend gemacht werden können.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient