

## 2.5.5.26. Wahlleistungsvereinbarung Klinik Eichstätt

Zwischen

.....  
 Name, Vorname des Patienten

.....  
 Geburtsdatum

.....  
 PLZ, Wohnort des Patienten

.....  
 Straße und Haus-Nr.

**und**

den Kliniken im Naturpark Altmühltal, Kommunalunternehmen des Landkreises Eichstätt ( A. d. ö. R. ),  
 Klinik Eichstätt

über die Gewährleistung der nachstehenden angekreuzten

### gesondert berechenbaren Wahlleistungen

zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und Krankenhausentgelttarif genannten Bedingungen:

**die ärztlichen Leistungen** aller an der Behandlung beteiligten angestellten und beamteten Ärzte der Klinik, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Klinik. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen von der Klinik berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung.

**Unterbringung in einem 1-Bett-Komfortzimmer (Station 6 + Familienzimmer):**

113,21 € Zuschlag je Berechnungstag

Fachabteilung	Komfortmerkmale
Für Patientinnen und Patienten aller Haupt- und Belegabteilungen	Separates WC, separate Dusche, Komfortbett, Besucherecke, Safe, Farbfernseher, Telefon, Audioanlage, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, Tageszeitung/Programmzeitschrift, häufiger Bettwäschewechsel, täglicher Hand- und Badetuchwechsel

**Unterbringung in einem 1-Bett-Komfortzimmer (Station 1):**

90,77 € Zuschlag je Berechnungstag

Fachabteilung	Komfortmerkmale
Für Patientinnen und Patienten aller Haupt- und Belegabteilungen	Separates WC, separate Dusche, Komfortbett, Besucherecke, Safe, Farbfernseher, Telefon, Audioanlage, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, Tageszeitung/Programmzeitschrift, häufiger Bettwäschewechsel, täglicher Hand- und Badetuchwechsel

**Unterbringung in einem 2-Bett-Komfortzimmer (Station 1):**

45,33 € Zuschlag je Berechnungstag

Fachabteilung	Komfortmerkmale
Für Patientinnen und Patienten aller Haupt- und Belegabteilungen	Komfortbett, Farbfernseher, Telefon, Audioanlage, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, Tageszeitung/Programmzeitschrift, häufiger Bettwäschewechsel, täglicher Hand- und Badetuchwechsel

- Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson:**  
48,15 € (netto 45,00 € zuzügl. 7 % USt.) Entgelt je Berechnungstag
- Unterbringung und Verpflegung nach ambulanter OP:**  
Zusätzliche Übernachtungsmöglichkeit nach ambulanter Operation,  
die als Institutsleistung erbracht wird:  
80,25 € (netto 75,00 € zuzügl. 7 % USt.) Entgelt je Berechnungstag

(Gewünschte Zusatzleistungen bitte ankreuzen, ansonsten streichen.)

### Hinweise:

- Die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.
- Die zwischen der Klinik und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten der Klinik erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Klinikleistungen nicht beeinträchtigt werden.
- In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf das Neugeborene. Für das Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
- Die Klinik kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Klinikbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Die Klinik kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Klinikleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte, der Konsiliarärzte oder der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen - auch wenn bereits Wahlleistungen mit der Klinik vereinbart wurden - nicht mit der Klinik, sondern unmittelbar mit dem Belegarzt oder dem Konsiliararzt oder der fremden Einrichtung zu treffen.
- Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens der Klinik sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.
- Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte der Klinik beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte der Klinik, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Klinik. Dies gilt auch, soweit die Klinik selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.
- Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie von der Klinik berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ) erbracht.

**Wenn der liquidationsberechtigte Wahlarzt bei Abschluss dieser Vereinbarung aus unvorhergesehenen Gründen an der persönlichen Leistungserbringung gehindert sein sollte, übernimmt dessen Aufgabe sein ständiger ärztlicher Vertreter, ohne dass das Liquidationsrecht entfällt. Sollte es zu diesem Fall kommen, bin ich mit dem nachfolgend benannten ständigen ärztlichen Vertreter einverstanden:**

<b>Fachabteilung</b>	<b>Wahlarzt</b>	<b>Ständiger ärztlicher Vertreter</b>
Zentrum für Chirurgie <b>Chirurgische Klinik I</b> (Allgemein und Viszeralchirurgie)	Chefärztin Claudia Plesnar	Ltd. Oberarzt Christian Plesnar
Zentrum für Chirurgie <b>Chirurgische Klinik II</b> (Unfall- und Wiederherstellungschirurgie)	Chefarzt Prof. Dr. med. Gregor Voggenreiter	Ltd. Oberarzt Wilhelm Anschitz
Zentrum für Innere Medizin <b>Medizinische Klinik I</b> (Gastroenterologie, Diabetologie, Onkologie)	Chefarzt Joachim Christ	Ltd. Oberarzt Dr. med. Jan Herten
Zentrum für Innere Medizin <b>Medizinische Klinik II</b> (Kardiologie, Pneumologie)	Chefarzt Prof. Dr. med. Helmut Kücherer	Oberarzt Dr. med. Raimar Reinke
Zentrum für Innere Medizin <b>Medizinische Klinik III</b> (Klinische und interventionelle Angiologie, Implantation von Herzschrittmacher und Defibrillatoren)	Chefarzt Prof. Dr. med. Alexander Hansen	Chefarzt Prof. Dr. med. Helmut Kücherer
Zentrum für Innere Medizin <b>Medizinische Klinik IV</b> (Akutgeriatrie)	Chefarzt Tanja Götz	Oberarzt Thomas Sandfort
<b>Institut für Anästhesie und Intensivmedizin</b>	Chefarzt Dr. med. Martin Pesch	Ltd. Oberarzt Dr. med. Joachim Munk
<b>Zentrum für Gynäkologie</b>	Chefarzt Dr. med. Werner Stein	Ltd. Oberarzt Dr. med. Georg Eschler
Zentrum für Chirurgie <b>Chirurgische Klinik II</b> (Neurochirurgie)	Sektionsleitung Dr. med. Armin Stangl	

### Hinweis

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V etc. diese Kosten deckt.

Eichstätt, .....

.....  
Unterschrift des Patienten

(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

.....  
Unterschrift des Klinikmitarbeiters

Ich handele als Vertreter **mit** Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

.....  
Name, Vorname des Vertreters

.....  
Anschrift des Vertreters

.....  
Unterschrift des Vertreters

Ich handele als Vertreter **ohne** Vertretungsvollmacht

i. V.

.....  
Unterschrift des Angehörigen oder Klinikmitarbeiters

**Bestätigung der Wahlleistungsvereinbarung vom** \_\_\_\_\_ **am** \_\_\_\_\_  
Aufnahmedatum Tagesdatum

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich mit der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ab dem  
\_\_\_\_\_ einverstanden.

Aufnahmedatum

.....  
Unterschrift des Patienten

(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

.....  
Unterschrift des Klinikmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

.....  
Unterschrift des Vertreters (z. B. Betreuer, Vormund)