

**Behandlungsvertrag  
über  
Ambulante Operationsleistungen und stationersetzende Maßnahmen**

zwischen

Frau/Herrn \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ AufnahmeNr: \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

und

dem Krankenhaus Sachsenhausen des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes GmbH, Schulstraße 31,  
60594 Frankfurt am Main, über ambulante Operationsleistungen und stationersetzende Eingriffe zu den in den AVB des  
Krankenhauses niedergelegten Bedingungen in der jeweils gültigen Fassung.

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlichen Kostenträgers oder  
einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahme-erklärung nicht die Kosten aller in  
Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die  
Krankenhausleistung verpflichtet.

**Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärzte.**

Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses  
berechnen ihre Leistungen gesondert.

Frankfurt am Main, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Krankenhausvertreters

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

Ich handele als Vertreter/in mit Vertretungsvollmacht:

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

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