

**Behandlungsvertrag
über
Ambulante Operationsleistungen und stationersetzende Maßnahmen**

zwischen

Frau/Herrn _____, geb. am _____ Aufnahme­nummer: _____

und

dem DGD Krankenhaus Sachsenhausen gGmbH, 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 Kostenübernahmeerklärung 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

Name in Druckschrift

Ich handele als Vertreter/in mit Vertretungsvollmacht:

Name und Anschrift

Unterschrift des Vertreters