

**Behandlungsvertrag
über vollstationäre, vor- und nachstationäre Behandlung**

zwischen

Frau / Herrn _____, geb. am _____ Aufnahme Nr. _____

Anschrift

im folgenden "Patient"

und dem

**Krankenhaus Sachsenhausen des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes GmbH,
Schulstraße 31, 60594 Frankfurt am Main,**

im folgenden "Krankenhaus"

über die vollstationäre, vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB und im DRG-Entgelttarif des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen und Entgelte in der jeweils gültigen Fassung.

Soweit Leistungen von Belegärzten/Beleghebammen in Anspruch genommen werden, erstreckt sich die Verpflichtung des Krankenhauses nicht auf diese Leistungen. Hierzu gehören die persönlichen Leistungen des Belegarztes/der Beleghebamme, des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden sowie die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Das Krankenhaus haftet nicht für die Leistungen der Belegärzte/Beleghebammen

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

Hinweis:

Sofern keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen 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 für die Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Wir machen darauf aufmerksam, dass in diesem Fall eine Vorauszahlung verlangt werden kann. Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.

Ich bin ausdrücklich auf die AVB und den Tarif für stationäre Leistungen (DRG-Entgelttarif) hingewiesen worden. Zudem hatte ich die Möglichkeit, in zumutbarer Weise von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen und erkläre mich damit einverstanden. Eine Ausfertigung des Behandlungsvertrags habe ich erhalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt des Dokuments „Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß §16ff. DSGVO“ in der Anlage.

Frankfurt am Main, den _____

Unterschrift des Krankenhausvertreters

X

Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigter Vertreter

Name in Druckschrift

Hinweise zur Datenverarbeitung:

- 1.) Im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages werden Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verwendet, geändert bzw. gelöscht werden. Das Krankenhaus ist zur differenzierten Dokumentation gesetzlich verpflichtet.
- 2.) Im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Bedingungen werden gegebenenfalls auch Daten an Dritte (z.B. Kostenträger, externe Prüfer) übermittelt.
- 3.) Das Krankenhaus ist bestrebt, im Interesse einer bestmöglichen Versorgung seiner Patientinnen und Patienten neueste technische Verfahren zur Datenverarbeitung einzusetzen. So können die Patientenunterlagen auch nach modernen Verfahren digitalisiert werden. Dies ist zum einen für die Archivierung, zum anderen für die Gewährleistung eines schnellen Zugriffs auf behandlungsrelevante Daten durch die Ärzte und Ärztinnen von Vorteil. Das Krankenhaus gewährleistet, dass das Datengeheimnis auch hierbei vollumfänglich geschützt ist und dass alle datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen erfüllt werden.
- 4.) Das Krankenhaus erhebt zur Qualitätssicherung und im Rahmen wissenschaftlicher Fragestellungen Daten zum Behandlungsverlauf und zur Therapiezufriedenheit auf Basis anonymisierter Daten. Aus Qualitätsberichten oder wissenschaftlichen Arbeiten kann kein Bezug zum Patienten hergestellt werden. Darüber hinausgehende Auswertungen/ Erhebungen bedürfen einer gesonderten Zustimmung.
- 5.) Wir verweisen zu näheren Erläuterungen auch auf das Dokument „Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß §16ff. DSGVO“ in der Anlage.

Information über eingebrachte Sachen

Ich wurde darüber informiert, dass ich für mein Eigentum selbst verantwortlich bin. In den Patientenzimmern steht ein abschließbarer Schrank für Geld und Wertsachen zur Verfügung. Darüber hinaus können Geld und Wertsachen –soweit zumutbar- bei der Verwaltung des Krankenhauses verwahrt hinterlegt werden. Die Verwahrung ist kostenlos. Dieser Service steht nur zu den üblichen Geschäftszeiten zur Verfügung.

Erklärung zur Mitwirkung an Prüfungen

Medizinische Fachangestellte und andere Auszubildende in Gesundheitsfachberufen müssen nach den Vorgaben der jeweils einschlägigen Prüfungs- und Ausbildungsordnung praktische Leistungen an Patienten erbringen, wie zum Beispiel Blutdruck- und Temperaturmessung, Blutentnahme. Hierbei können Prüferinnen und Prüfer, die nicht beim Krankenhaus angestellt sind, zugegen sein.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung eine Prüfung abgenommen wird und Prüferinnen und/oder Prüfer zugegen sind.

ja

nein

Patientenarmband

Das Patienten-Identifikationsarmband dient dazu, die Identität des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren, sowie das Risiko von Verwechslungen und deren Folgen auszuschließen. Das Patienten-Identifikationsarmband wird Ihnen bei Aufnahme am Handgelenk angelegt und während des gesamten stationären Aufenthaltes getragen. Bei Entlassung wird das Armband vom Handgelenk entfernt, damit es unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsorgt werden kann.

Folgende Daten sind auf dem Band sichtbar aufgedruckt:

- Name des Krankenhauses
- Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht
- Fallnummer (als Barcode und in Klarschrift)

Ich stimme dem Tragen des Patienten-Identifikationsarmbandes während meines Krankenhausaufenthaltes zu.

ja

nein

Erklärung zur Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Befunde und Behandlungsdaten an meinen Hausarzt und an weitere von mir genannte, an meiner Behandlung beteiligten Ärzte und Fachärzte zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten dient der geordneten Weiterbehandlung und der Erstellung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

ja nein

Mein Hausarzt _____

Namen und Anschriften weiterer an der Behandlung beteiligten Ärzte

Arzt 1

Arzt 2

Erklärung zur Datenanforderung

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt und bei anderen behandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit dies für die aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Das Krankenhaus wird die Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja nein

Namen und Anschriften an der Behandlung beteiligten Ärzte

Arzt 1

Arzt 2

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit gegenüber dem Krankenhaus für die Zukunft widerrufen werden. In diesem Fall findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt, den weiteren behandelnden Ärzten und dem Krankenhaus statt. Wir weisen Sie darauf hin, dass eine fehlende Einwilligung oder Ihr Widerruf eine optimale Behandlung beeinträchtigen kann.

Frankfurt am Main, den _____

X

Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigter Vertreter