

Behandlungsvertrag



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Klinikum Bremerhaven-
Reinkenheide
gemeinnützige GmbH
Postbrookstraße 103
27574 Bremerhaven

[info\(at\)klinikum-bremerhaven.de](mailto:info(at)klinikum-bremerhaven.de)

1. Das Klinikum und der Patient schließen einen Vertrag über die vollstationäre/teilstationäre bzw. vor-/nachstationären Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Klinikums niedergelegten Bedingungen. **Der Patient erklärt sich mit der Geltung der AVB des Klinikums einverstanden, die dem Vertrag beigelegt sind und Vertragsbestandteil werden.**
2. Zudem sind die AVB, Hausordnung und Kostentarif in den Aufnahmebüros, Notfallaufnahme, Kreißsaal zur Einsichtnahme ausgelegt oder auf der Homepage einzusehen.
3. Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweiligen geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen ect.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (KHEntG §8, Abs.7).
4. Im Rahmen des von Ihnen bzw. des zu Ihren Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages werden Daten über ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt und können im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden. Die Rechtliche Grundlage hierfür findet sich entsprechend in § 301 SGB V und kann je nach Versicherungsstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren.
5. Informationspflicht gemäß § 294a Abs. 2 S. 2 SGB V: Bei einer Krankheit für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.
6. Die ärztliche Schweigepflicht wird durch diesen Behandlungsvertrag nicht berührt. Die Einwilligungen in die Datenverarbeitung stellen keine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht oder anderen beruflichen Schweigepflichten im medizinischen Dienst dar.
7. Nach § 305 Abs. 2 SGB V können Sie auf Wunsch eine Quittung über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte erhalten. Dieser Wunsch muss spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung erfolgen.
8. Sie erklären sich damit einverstanden, dass bei Erfordernis des Krankheitsbildes eine Fotodokumentation erfolgt
9. Im medizinischen Bereich werden Ihre Daten in einer Krankenakte geführt. Die Krankenunterlagen des Patienten werden nach Abschluss der Behandlung durch ein Unternehmen, das den Vorschriften des Datenschutzes unterliegt, digitalisiert. Digital werden die Krankenunterlagen zur schnelleren Verfügbarkeit in einem elektronischen Patientenarchiv gespeichert und dort 30 Jahre aufbewahrt. Sicherheitskopien in Form von Mikrofilmen werden bei dem Digitalisierungsunternehmen aufbewahrt. Der Zugriff auf diese Patientenarchive unterliegt den datenschutzrechtlichen Vorschriften.
10. Bei Vorliegen einer Krebserkrankung sind wir nach dem Bremischen Krebsregistergesetz (§10) zur Meldung Ihrer Behandlungsdaten verpflichtet. Gegen diese Meldung (pseudo
11. Sie erklären sich zur direkten Pflegeübergabe sowie der Durchführung eines Übergabegespräches am Patientenbett einverstanden.

Aufnahme-Nr.:

12. Sie stimmen zu, dass Besucher oder Anrufer bei Nachfragen Auskunft über Ihren Krankenhausaufenthalt erhalten, auf welcher Station und in welchem Zimmer Sie sich befinden. Andernfalls erhalten Besucher oder Anrufer von uns keine Auskunft darüber, ob Sie sich in unserem Krankenhaus befinden, da Sie auch nicht in der Patientenliste an der Information erscheinen.

ja nein

13. Sie sind mit dem Tragen eines Patienten-Identifikationsarmbandes, welches mit den Daten Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Fallnummer versehen ist, während Ihres Aufenthaltes einverstanden.

ja nein

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

Mitarbeiter des Klinikums

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht:

Unterschrift des Vertreters

Bremerhaven, Datum

Angaben zum Vertreter mit Vertretungsmacht, wenn der Patient den Aufnahmeantrag nicht selbst unterschreibt:

Name, Vorname: _____

Straße, Wohnort _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Vertretungsverhältnis zum Patienten: _____

Datenschutzerklärung zur Übermittlung von patientenbezogenen Informationen an den Hausarzt (§ 73 Abs. 1 b SGB V) oder weiterbehandelnden Arzt.

Das Klinikum Reinkenheide ist dem Gesetz nach verpflichtet, die Einwilligung des Patienten für die Datenübermittlung einzuholen. Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V muss der Krankenhausträger jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Hausarzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich. **Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!**

Hausarzt:

nein, ich bin **nicht** mit der Datenübermittlung an den o.g. Hausarzt einverstanden.

Bremerhaven, Datum

Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten) oder Vertreter mit Vertretungsmacht

Aufnahme-Nr.: