

Behandlungsvertrag

St. Theresien-Krankenhaus Nürnberg gGmbH

Mommensenstraße 24, 90491 Nürnberg

Behandlungsvertrag

zwischen:

Patientenetikett

nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen.

Hinweise:

Kostenübernahme: Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistung verpflichtet.

Belegärztliche Versorgung: die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf Leistungen des Belegarztes; zu diesen gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärzte. Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte beziehungsweise ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen ihre Leistungen gesondert.

Fotodokumentation: Sie erklären sich damit einverstanden, dass bei Erfordernis des Krankheitsbildes eine Fotodokumentation* erfolgt.

Archivierung: Die Krankenunterlagen des Patienten werden nach Abschluss der Behandlung durch ein zertifiziertes 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. Der Zugriff auf diese Patientenarchive unterliegt den datenschutzrechtlichen Vorschriften.

Verlust oder Beschädigung von eingebrachten Sachen: Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen (incl. Prothesen), die in der Obhut des Patienten bleiben, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht an das Krankenhaus zur Verwahrung übergeben wurden.

Patientenidentifikationsarmband: das Patientenidentifikationsarmband wird am Handgelenk angelegt und während des gesamten stationären Aufenthaltes getragen. Bei Entlassung wird das Patientenarmband entfernt und unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmung entsorgt. *

Hinweis auf Datenverarbeitung: im Rahmen des von Ihnen beziehungsweise 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 beziehungsweise genutzt und können im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelung an Dritte (z. B. Kostenträger, weiter- beziehungsweise mitbehandelnden Ärzte beziehungsweise Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtung) übermittelt werden.

Datenübermittlung an die behandelnden Ärzte:

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meine mich behandelnde Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt, sowie die bei diesen Ärzten vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit sie für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann *

Ja

Nein

Behandlungsvertrag

St. Theresien-Krankenhaus Nürnberg gGmbH

Mommsenstraße 24, 90491 Nürnberg

Nürnberg, _____

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter*in

Unterschrift Patient*in oder Vertreter*in

Ich handele als Vertreter*in mit Vertretungsmacht / gesetzliche*r Vertreter*in / Betreuer*in

Empfangsbestätigung:

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten:

- des Behandlungsvertrages
- der Wahlleistungsvereinbarung
- der Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen
- der Einwilligung nach § 17c Abs. 5 KHG und die Abtretung der wahlärztlichen Leistungen

Ich konnte Einsicht nehmen in:

- die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- den DRG-Entgelttarif und die Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Nürnberg, _____

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter*in

Unterschrift Patient*in oder Vertreter*in

Ich handele als Vertreter*in mit Vertretungsmacht / gesetzliche*r Vertreter*in / Betreuer*in