



Behandlungsvertrag

zwischen

der Lubinus Stiftung - als Träger des Krankenhauses -

und

geboren am:

wohnhaft in:

Aufnahmedatum:

Aufnahmenummer: .

über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Lubinus Stiftung niedergelegten Bedingungen. Die AVB haben **vor Vertragsschluss** zur Einsichtnahme vorgelegen und mir wurde angeboten, dass diese mir auf Wunsch ausgehändigt werden.

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 der Selbstzahler des Entgelts und für die Krankenhausleistungen zur Zahlung verpflichtet.

Datum

Name Krankenhausmitarbeiter-/in

Unterschrift des/der Patienten/Patientin

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter-/in

Ich,

bei minderjährigen Patienten:
Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten

erkläre ausdrücklich, **dass ich als Vertreter mit Vertretungsmacht handele.**

Unterschrift des Vertreters



Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ich, habe davon Kenntnis, dass

die im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten in einem von der Lubinus-Stiftung gemeinsam mit der MVZ LUBINUS GmbH (MVZ) genutztem Krankenhausinformationssystem gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden (wozu auch Qualitätssicherung und wissenschaftliche Analysen gehören) und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte und Kooperationspartner, bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.

Davon umfasst ist auch, dass Ärzte/medizinische Beschäftigte des MVZ (z.B. im Rahmen von Konsilen/patientenbezogenen Beratungen und/oder zur Vorbereitung von ambulanten und stationären Aufnahmen/Behandlungen und Nachbehandlungen) im Rahmen der Zweckbestimmung Einsicht in obige Daten nehmen und auf diese zugreifen dürfen.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können.

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer,
5. Versichertenstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
7. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der Privaten Krankenversicherung (Einverständniserklärung gem. § 17 c Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Nur von privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

Name des Krankenversicherungsunternehmens



Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V. (siehe auch vorstehende Ziffern 1-9 "Hinweise auf die Datenverarbeitung").

Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt (Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja

Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, daß das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja

Nein

Name des Hausarztes: _____

Anschrift des Hausarztes: _____

Papierlose Archivierung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus die während meiner Krankenhausbehandlung erstellten Dokumentationen durch das vertraglich verbundene Spezialunternehmen HYDMedia digitalisiert. Nähere Einzelheiten zu diesen Unternehmen stellen wir Ihnen gerne zur Einsichtnahme bei der Patientenaufnahme zur Verfügung.

Ja

Nein

Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich die vorstehenden Einwilligungserklärungen jederzeit einzeln oder vollumfänglich mit Wirkung in die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich,

Unterschrift des/der Patienten/Patientin

erkläre ausdrücklich, **dass ich als Vertreter mit Vertretungsmacht handele.**

Unterschrift des Vertreters

bei minderjährigen Patienten:
Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten



Einwilligungserklärung zum Tragen des Patientenarmbandes

Das Patientenarmband, das am Handgelenk angelegt wird, dient der zweifelsfreien Identifizierung unserer Patienten bei allen Behandlungsschritten während der gesamten Dauer ihres stationären Aufenthaltes und erhöht damit die Patientensicherheit. Bei Entlassung wird das Patientenarmband entfernt und unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsorgt.

Das Patienten-Identifikationsarmband enthält folgende Informationen (als Klarschrift und Barcode):

- Name, Vorname, ggf. Titel
- Geburtsdatum
- Fallnummer

Ich bin damit einverstanden, das Patientenarmband während der Dauer meines Aufenthaltes zu tragen.

Ja

Nein

Empfangsbekanntnis

geboren am:

wohnhaft in:

Aufnahmedatum:

Aufnahmenummer:

habe jeweils eine Ausfertigung

- des Behandlungsvertrages,
- der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) (auf Wunsch ausgehändigt. Die AVB lagen vor Vertragsschluss zur Einsichtnahme in der Patientenaufnahme aus)
- der Anlage der Allgemeinen Vertragsbedingungen "DRG-Entgelttarifs für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntG und Unterrichtung des Patienten gem. § 8 KHEntG" (auf Wunsch ausgehändigt. Die Anlage lag vor Vertragsschluss zur Einsichtnahme in der Patientenaufnahme aus)
- der Hausordnung

Ich,

Unterschrift des/der Patienten/Patientin

erkläre ausdrücklich, **dass ich als Vertreter mit Vertretungsmacht handle.**

bei minderjährigen Patienten:
Unterschrift des oder der Sorgeberechtigten

Unterschrift des Vertreters