

Aufnahme- und Behandlungsvertrag

zwischen der
Westmecklenburg Klinikum Helene von Bülow GmbH
und

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift des Patienten

Name, Vorname und Anschrift des/r elterlichen Sorgeberechtigten / des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen oder sonst gesetzlich vertretenen Patienten

über die vollstationäre / vor-und nachstationäre Behandlung sowie ambulante Operation nach §115 b SGB V zu den in den AVB des Krankenhauses vom 01.07.2012 niedergelegten Bedingungen.

Gesetzlich versicherte Patienten sind gemäß §39 Abs. 4 SGB V vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an verpflichtet, innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage, 10,00 € je Kalendertag zu zahlen. Das Krankenhaus leitet diesen Betrag an Ihre Krankenkasse weiter.

Ich erkenne die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), den DRG Entgelttarif für das Krankenhaus sowie die Geltung der Hausordnung an.

Ich bestätige hiermit, dass mir die AVB ausgehändigt wurden. Mir wurde bekannt gegeben, dass die weiteren genannten Unterlagen auf Wunsch zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in der Westmecklenburg Klinikum Helene von Bülow GmbH, mit Sitz der Gesellschaft in Hagenow zu erfüllen.

Der Patient verpflichtet sich, sofern eine Patientenverfügung vorliegt, das Krankenhaus in Form der schriftlichen Vorlage zu informieren. Die Verfügung wird Bestandteil der Patientenakte.

Hinweis: 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. Krankenkasse etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Datum:

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

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters