

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

Aufnahme- und Behandlungsvertrag ^{1, 2, 3}

(Druckdatum)

zwischen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift

Aufnahme Nr.:

Behandlungsbeginn:

Station:

Kostenträger:

Und

der Medizinischen Universität Lausitz – Carl-Thiem (MUL)

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift: Thiemstraße 111, 03048 Cottbus

über die ambulante/vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses vom Juli 2024 niedergelegten Bedingungen und den im gültigen Pflegekostentarif (Anlage 2 zu den AVB) niedergelegten Bedingungen unter Übernahme der gesamtschuldnerischen Haftung. Ich bin ausdrücklich auf die AVB und den gültigen Tarifen hingewiesen worden. Ich hatte die Möglichkeit von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen. **Der Patient erkennt die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), die Hausordnung (Anlage 1 zu AVB) und den Pflegekostentarif (Anlage 2 zu AVB) der MUL als Bestandteil dieses Vertrages an.**

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), die Hausordnung und der Pflegekostentarif liegen zur Einsichtnahme oder Mitnahme aus.

Der Selbstbeteiligungsbetrag für die ersten 28 Tage des Krankenhausaufenthaltes beträgt 10,00 € pro Tag ab dem vollendeten 18. Lebensjahr eines Patienten. Der Patient erhält eine Rechnung über zu den entrichtenden Betrag.

Hinweise:

1. Die von mir abgegebene Erklärung zu meiner Krankenversicherung entspricht der aktuellen Sachlage, insbesondere liegt kein Krankenkassenwechsel vor. Ergeben sich Schwierigkeiten bei der Abrechnung mit meiner Krankenkasse und fechtet meine bisherige Krankenkasse die Kostenübernahme an oder nimmt diese zurück, bin ich zur Selbstzahlung verpflichtet.
2. 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 bin ich als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
3. Der von mir unterschriebene Vertrag ist nach Artikel 6 Abs. 1b EU-Datenschutzgrundverordnung Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten. (Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten). Eine ausführliche Information (siehe Aushang) über die Verarbeitung meiner Daten habe ich zur Kenntnis genommen.
4. Bei Inanspruchnahme eines **Telefons als Wahlleistung** bin ich einverstanden, dass zur internen Abrechnung notwendige Daten in der Telefonanlage in Verbindung mit meinem Namen und meiner Anschrift gespeichert, geändert bzw. wieder gelöscht werden. Die Information zum Chipkartentelefon habe ich erhalten.

Legende:

- 1 - zutreffend bei gesetzlicher Krankenversicherung
- 2 - zutreffend bei gesetzlicher Krankenversicherung und privater Zusatzversicherung
- 3 - zutreffend bei privater Krankenversicherung und Versicherung über Berufsgenossenschaft

<privater Kostenträger mit Name und Anschrift aus dem System>

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend §301 SGB V um folgende Daten:

- Name, Geburtsdatum, Anschrift,
- Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus,
- 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,
- Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
- Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Private Krankenversicherung über die mit mir abgeschlossenen Leistungen an Mitarbeiter der MUL ggf. auch telefonisch, Auskunft erteilen darf.

Ich bin damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus mitteilt / übermittelt, ob und ggf. welcher Pflegegrad bei mir besteht. Die Kenntnis des Pflegegrades ist für das Krankenhaus wichtig, um die Rechnung korrekt stellen zu können.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die private Krankenversicherungen Honorare für wahlärztliche Leistungen ablehnen und dass die Rechnung daher dem Versicherten zugestellt wird.

Ja Nein

3. Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht ^{2,3}

Hiermit erkläre ich, dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit meinem Krankenhausaufenthalt in der MUL vom <Aufnahmetag aus dem System> bis zum Behandlungsende behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Kostenträger <privater Kostenträger mit Name und Anschrift aus dem System> entbinde.

4. Einwilligung in die Weitergabe an die PVS zu Abrechnungszwecken ^{2,3}

meine Rechnungen bearbeitet die PVS Sachsen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS Sachsen ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Meine Honorarforderung trete ich an die PVS Sachsen ab (§ 398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei. Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbringer – zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zuzustimmen. Die PVS ist Ihr kompetenter Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung meiner erbrachten Leistungen. Sie unterliegt meinen internen Weisungen. Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ja Nein

Diese Einwilligung Nummer 1. – 2. kann jederzeit gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist schriftlich an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Entlassmanagement (nach § 39 Abs. 1a SGB V)

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung ^{1, 2}

Ich willige ein, dass die MUL für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

Ja Nein

Folgende Angaben nur erforderlich, sofern bei der Einwilligung Entlassmanagement „Ja“ angekreuzt wurde:

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung ^{1, 2}

Ich willige ein, dass die MUL meiner Kranken-/Pflegekasse **<Kostenträger mit Name und Anschrift aus dem System>** die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

Ja Nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die beiden vorgenannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

Ich hatte die Möglichkeit vom Inhalt der Patienteninformation zum Entlassmanagement Kenntnis zu nehmen.

Cottbus,

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

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Legende:

1 - zutreffend bei gesetzlicher Krankenversicherung

2 - zutreffend bei gesetzlicher Krankenversicherung und privater Zusatzversicherung

3 - zutreffend bei privater Krankenversicherung/ Selbstzahler und Versicherung über Berufsgenossenschaft