

# Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

## Aufnahme- und Behandlungsvertrag <sup>1, 2, 3</sup>

(Druckdatum)

### zwischen

Name, Vorname des Patienten

Aufnahme Nr.: .....

Geburtsdatum des Patienten

Behandlungsbeginn: .....

Anschrift

Station: .....

Kostenträger: .....

### Und

der Medizinischen Universität Lausitz – Carl-Thiem (MUL-CT)  
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-CT 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

### Auskunftserteilung <sup>1, 2, 3</sup>

Ich wünsche, dass die MUL-CT über die Tatsache meines Krankenhausaufenthalts bei Nachfrage **Auskunft** zu meinem Aufenthalt (z.B. Zimmernummer, Besuchszeiten, Aufenthaltsdauer, Telefonnebenstelle) erteilt. Diese Einwilligung kann ich jederzeit auch während meines Aufenthaltes z.B. gegenüber dem behandelnden Arzt oder der Teamleitung widerrufen. Es werden dann keine Auskünfte gegenüber Dritten mehr erteilt.

Ja  Nein

### Patientenidentifikationsarmband <sup>1, 2, 3</sup>

Patientenarmbänder dienen der Erhöhung der Patientensicherheit durch zweifelsfreie Identifikation des Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen und der Patientenversorgung. Das Armband dient dazu, Ihre Identität bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren. Zu diesem Zweck werden wir Sie auch immer nach Ihrem Namen und Geburtsdatum fragen. Folgende Daten sind auf dem Band aufgedruckt: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Aufnahme Nummer als Barcode und in Klarschrift, Name unseres Krankenhauses.

Das Tragen des Identifikationsarmbands ist während des gesamten stationären Aufenthaltes in unserem Klinikum freiwillig. Das Identifikationsarmband enthält sichtbar folgende Daten: Name, Vorname, ggf. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht und Fallnummer.

Bei der Entlassung lassen Sie sich das Armband von einem Mitarbeiter der Pflege entfernen, damit es unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsorgt werden kann.

Ja  ich werde das Patientenarmband tragen.      Nein  ich werde das Patientenarmband nicht tragen.

### Einwilligung in die Datenübermittlung

#### 1. Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen Haus-/ vor- nach- und weiterbehandelndem Arzt und der MUL-CT <sup>1, 2, 3</sup>

(Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass die MUL-CT die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/ Vor- und Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/ Vor- und Weiterbehandler.

Ja  Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt/ Vorbehandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die MUL-CT wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja  Nein

Mein Hausarzt ist:

<Hausarzt mit Name und Anschrift aus dem System>

Mein Vor- und Weiterbehandler ist:

<Vor- und Weiterbehandler mit Name und Anschrift aus dem System>

Diese Einwilligung ist freiwillig und 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.

#### 2. Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung (Direktabrechnung und Mitteilung des Pflegegrades) <sup>2, 3</sup>

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch. Ich bin damit einverstanden, dass die von meiner Krankenversicherung zu erstattenden Beträge bis zur Höhe der entstandenen Kosten an das Krankenhaus ausgezahlt werden.

<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,
- Krankenversichertennummer, 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-CT 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 <sup>2, 3</sup>

Hiermit erkläre ich, dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit meinem Krankenhausaufenthalt in der MUL-CT 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 <sup>2, 3</sup>

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<sup>1, 2</sup>

Ich willige ein, dass die MUL-CT 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<sup>1, 2</sup>

Ich willige ein, dass die MUL-CT 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.

## Informationen zur Eigentumsübertragung an Rest-Biomaterialien<sup>1,2,3</sup>

Wenn Sie im Rahmen einer geplanten Diagnostik oder Behandlung Gewebeproben, Blut, Urin oder andere Körperflüssigkeiten abgeben, werden diese gemäß internationaler Standards untersucht. Diese Untersuchung ist entscheidend, um Ihre Erkrankung oder Therapie zu bewerten.

Nach Abschluss der klinischen Untersuchung bleibt normalerweise Restmaterial übrig. Dieses Restmaterial ist für wissenschaftliche Untersuchungen von großer Bedeutung, da es dazu beiträgt, Krankheiten besser zu verstehen und neue diagnostische oder therapeutische Verfahren zu entwickeln. Es ist wichtig zu wissen, dass Biomaterialproben gesundheitsbezogene und genetische Daten enthalten. Daher können Vertraulichkeitsrisiken nicht vollständig ausgeschlossen werden, beispielsweise, wenn Sie selbst genetische Daten im Internet veröffentlichen. Für wissenschaftliche Untersuchungen wird sichergestellt, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können, wenn die Daten an Dritte weitergegeben werden. Eine zweifache Kodierung (Verschlüsselung) Ihrer Biomaterialien und klinischen Informationen verhindert die Identifikation Ihrer Person. Es erfolgt keine Weitergabe personenbezogener Daten an Forscher oder andere unberechtigte Dritte wie Versicherungsunternehmen oder Arbeitgeber.

Ich willige in die Übertragung des Eigentums an Rest-Biomaterial zum Zweck der Eigenforschung und in die Weitergabe von gesundheits- oder genetischen Daten in pseudonymer Form an Forschungspartner ein.

Ja  Nein

Ich habe das Recht, der Datenverarbeitung aus persönlichen Gründen zu widersprechen und Auskunft sowie Berichtigung oder Vernichtung zu verlangen. Dieses Recht bleibt von der Eigentumsübertragung unberührt.

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