	Vertrag	Seite: 1 von 2
	Antrag auf Krankenhausbehandlung/Behandlungsvertrag	Version: 6
		Dok.-Nr.: 51833
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

Zwischen


Patientenaufkleber

und der DIAKOMED – Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH

über die stationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) niedergelegten Bedingungen.

Die AVB und der DRG-Entgelttarif werden dem Patienten auf Wunsch ausgehändigt.

- Der Patient hat davon Kenntnis, dass im Rahmen dieses Vertrages Daten über seine Person, den sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden. Nur im Rahmen der geltenden Vorschriften über den Schutz personenbezogener Daten sowie der Datenschutzbestimmungen gemäß §33 SächsKHG können Daten an Personen und Stellen außerhalb des Krankenhauses übermittelt werden (z. B. Kostenträger, weiter- und mitbehandelnde Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, externe Leistungserbringer von Untersuchungen und Befundungen). In der Regel handelt es sich dabei nach § 301 SGB V um folgende Daten: Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherten-Nr., Versichertenstatus, Datum, Uhrzeit und Grund der Aufnahme, Einweisungs-, Behandlungs- und Entlassungsdiagnosen und Prozeduren, Datum, Uhrzeit und Grund der Entlassung mit den entsprechenden Diagnosen.
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 dies bezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.
- Bei Vorliegen der entsprechenden Indikation (Schlaganfall) kann auch eine telemedizinische Betreuung, die eine Videoübertragung von Patientenbildern zum mitbehandelnden Facharzt erforderlich macht, zur Anwendung kommen.
- Ergänzend zur schriftlichen Dokumentation erfolgt bei Bedarf eine Fotodokumentation.
- Für den Fall, dass spätestens innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme der Behandlung keine Kostenübernahmeerklärung einer Krankenkasse oder eines anderen Sozialleistungsträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
- Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt/einweisenden/weiterbehandelnden Arzt** 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/einweisenden Arzt** 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 Zwecke verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.
Ja Nein
- Der Patient ist mit dem Anbringen eines Namensschildes an der Tür seines Krankenzimmers und mit einer Auskunftserteilung an Dritte durch die Mitarbeiter der Patientenverwaltung/Empfang*) einverstanden.
- Der Patient ist informiert, dass eine Hilfsmittelversorgung über den im Hause kooperierenden Dienstleister möglich, jedoch nicht verpflichtend ist. Die Wahlfreiheit des Patienten wird dadurch nicht beeinträchtigt.
- Der Patient ist mit dem Anbringen und Tragen eines Patientenidentifikationsarmbandes*) einverstanden. Widerspricht der Patient dem an dieser Stelle, bestätigt er mit seiner Unterschrift den Erhalt des Aufklärungsbogens über die potentiellen Nachteile des Nicht-Tragens.

	Vertrag	Seite: 2 von 2
	Antrag auf Krankenhausbehandlung/Behandlungsvertrag	Version: 6
		Dok.-Nr.: 51833
		Gültigkeit: ab 27.05.2020

➤ **Der Patient bestätigt die Kenntnisnahme der Datenschutzinformation für Patienten bei Erhebung personengebundener Daten auf der Grundlage der Art. 12 ff DS-GVO**

➤ Der Patient ist mit der Durchführung des Entlassmanagements*) einverstanden.

*) Sofern Sie diese Sachverhalte nicht wünschen fügen Sie bitte das Wort „**nicht**“ ein oder streichen den Sachverhalt.

Dieser Behandlungsvertrag gilt als angenommen, wenn er gegengezeichnet wurde oder die Leistungen erbracht werden.

Die Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient
bzw. des Vertretungsberechtigten

Unterschrift/Patientenverwaltung
i. A. des Geschäftsführers