

	Vertrag	Seite: <b>1 von 1</b>
	<b>Behandlungsvertrag über Pflegeleistungen</b>	Version: 2
		Dok.-Nr.: 52087
		Gültigkeit: ab 20.04.2020

zwischen

\_\_\_\_\_  
Zuname, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Patienten

\_\_\_\_\_  
Anschrift

und

der DIAKOMED – Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH als Träger des Krankenhauses

über die Inanspruchnahme von **Pflegeleistungen**.

Das Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH erbringt die Grundpflege und Verpflegung des Patienten.

Kein Vertragsbestandteil sind ärztliche und physiotherapeutische Leistungen für den Patienten sowie Fahrtkosten.

Der Patient hat ab dem 3. Tag seines Aufenthaltes alle Medikamente selbst mitzubringen.

Physiotherapeutische Leistungen können nur bei Vorlage eines Rezeptes durch die Einrichtung erbracht werden und sind als ambulante Leistung zuzahlungspflichtig.

Nach den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses vom 01.01.2010 niedergelegten Bedingungen liegt keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt mehr vor.

Da diese in Anspruch genommenen Leistungen nicht durch eine Kostenübernahme durch die gesetzliche oder eine private Krankenversicherung abgedeckt sind, ist der Patient als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Als Entgelt wird folgender Betrag vereinbart **85,00 €** pro Tag.

Der Zeitraum der Vereinbarung beginnt am \_\_\_\_\_ und endet am \_\_\_\_\_

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.

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en  
(Patient oder Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Krankenhaus