

Behandlungsvertrag

zwischen

Patientenetikett

und der **KLINIKEN SÜDOSTBAYERN AG**

hier

das Klinikum Traunstein, Cuno-Niggel-Straße 3, 83278 Traunstein

über die

- vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre**

Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen.

bzw. über die stationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen

- mit Patienten, die **belegärztliche Leistungen** in Anspruch nehmen.

Die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf Leistungen des Belegarztes; zu diesen gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in dem selben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärzte.

Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen Ihre Leistungen gesondert.

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 Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

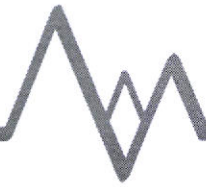
Traunstein,
Ort, Datum

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht:

Unterschrift des Vertreters



Nur vom gesetzlich versicherten Patienten auszufüllen!

**Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt
(Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)**

Patientenetikett

Ich bin einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt** 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** 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

Mein **Hausarzt** ist:

Name und Anschrift des **Hausarztes**

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus statt.

Traunstein, _____
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Vertreters