




Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH			
<b>Geltungsbereich:</b>  Patientenverwaltung Case-Management	Formular	<b>Kapitel:</b>	<b>Seite:</b> 2 von 2
	<b>Antrag auf            Krankenhausbehandlung/Behandlungsvertrag            über die stationäre/vor- und nachstationäre            Behandlung</b>	<b>Version:</b> 1.0	<b>ID-Nr.:</b> PV-2.1.1.1

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

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

Die Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift/Patient  
bzw. des Vertretungsberechtigten

Unterschrift/Patientenverwaltung  
i. A. des Geschäftsführers