


Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH			
<b>Geltungsbereich:</b>	Formular	<b>Kapitel:</b>	<b>Seite:</b> 1 von 1
 Patientenverwaltung Case-Management	<b>Behandlungsvertrag über die ambulanten Operationsleistungen und stationersetzenden Eingriffe</b>	<b>Version: 1.0</b>	<b>ID-Nr.</b> PV-2.1.2.1

Zwischen

und der DIAKOMED – Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land gGmbH

über die ambulanten Operationsleistungen und stationersetzenden Eingriffe lt. § 115b SGB V zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen. Die AVB werden dem Patienten auf Wunsch ausgehändigt.

- Der Patient hat davon Kenntnis, dass im Rahmen des von ihm mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über seine Person, den sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können. In der Regel handelt es sich dabei nach § 301 SGB V um folgende Daten: Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungs-Nr., Versichertenstatus, Datum und Uhrzeit der Behandlung, Behandlungsdiagnosen und Prozeduren, Datum und Uhrzeit der Beendigung der Behandlung.  
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 diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.
- Für den Fall, dass 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 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/überweisenden 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
- Ich wünsche die **Zusatzleistung Übernachtung** bei ambulanter Operation **in Höhe von 40,00 € pro Behandlungstag** (Dies kommt nur zum Tragen, wenn keine medizinische Indikation zur Fortdauer der stationären Behandlung besteht).  
Ja  Nein

Die Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift/Patient  
bzw. des Vertretungsberechtigten

Unterschrift/Patientenverwaltung  
i. A. des Geschäftsführers