

Behandlungsvertrag

Zwischen

Name, Vorname des Patienten

Fallnummer: _____

Geburtsdatum des Patienten

Aufnahmedatum: _____ Station: _____

Anschrift

Kostenträger: _____

und

Adolf von Galhau'sche Sophienstiftung als Träger der St. Nikolaus-Hospital, Wallerfangen

über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses in der jeweils geltenden Fassung niedergelegten Bedingungen.

Die AVB, der Pflegekostentarif, DRG-Entgelttarif, PEPP-Entgelttarif, die Hausordnung und die Information über die Datenverarbeitung liegen bzw. hängen deutlich sichtbar zur Kenntnisnahme in der Patientenaufnahme und an der Information aus. Ich hatte vor Abschluss des Vertrages also Gelegenheit, in zumutbarer Weise von ihnen Kenntnis zu nehmen und bin mit ihrer Geltung einverstanden.

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 gesetzlichen 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.

Wallerfangen,
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht.

Unterschrift des Vertreters