

Behandlungsvertrag über stationäre Krankenhausleistungen

zwischen

Name, Vornamen Patient(in)

Geburtsdatum

Anschrift

und

Klinikum Kassel GmbH, Mönchebergstraße 41-43, 34125 Kassel

über die vollstationäre/stationsäquivalente psychiatrische/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen in der jeweils geltenden Fassung (AVB) des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen.

Hinweis zur Kostentragungspflicht

Für den Fall, dass bei Ihnen kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht und Sie auch keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorlegen oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, sind Sie als Patient(in) ganz bzw. teilweise als Selbstzahler(in) zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet (gem. § 8 AVB).

Kassel,

Ort, Datum

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter(in)

Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name Vertreter(in) (wenn relevant)

Anschrift Vertreter(in) (wenn relevant)

Empfangsbekanntnis

- Ich habe eine Ausfertigung des Behandlungsvertrages erhalten.
- Ich wurde über die folgenden Dokumente informiert. Diese liegen an der zentralen Information (Haus E, Haupteingang) zur Einsicht aus und ich kann sie unter: **www.gnh.net/aufnahme** abrufen. Auf Wunsch erhalte ich eine kostenfreie Kopie.
 1. DRG-Entgelttarif gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG);
 2. PEPP-Entgelttarif gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPfIV);
 3. Informationen zum Datenschutz;
 4. Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB);
 5. Hausordnung.

Datum

Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Informationen zu Ihrem Aufenthalt

Übermittlung von Daten an das Hessische Krebsregister

Die hessischen Ärzte sind verpflichtet, alle Krebsfälle an das Hessische Krebsregister zu melden; dies regelt das Hessische Krebsregistergesetz. Der behandelnde Arzt meldet neben Angaben zu Ihrer Person Daten zur Krebserkrankung (z. B. Zeitpunkt der Erkrankung, Sitz des Tumors, Art und Größe des Tumors, kurze Therapieangaben). Die Meldungen werden zunächst von der Vertrauensstelle gesammelt, die bei der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt angesiedelt ist. Ihre persönlichen Daten werden dort vor der Weitergabe an die Registerstelle so verschlüsselt, dass die Registerstelle die Personen nicht identifizieren kann, deren Krankheitsdaten sie erhalten hat. Der Personenbezug kann nur mit Hilfe eines beim Hessischen Datenschutzbeauftragten hinterlegten Programms rückgängig gemacht werden. Allein die verschlüsselten Daten werden zusammen mit den medizinischen Daten in der Registerstelle epidemiologisch ausgewertet.

Dass wir eine solche Meldung durchführen, teilen wir Ihnen hiermit mit. Das Hessische Krebsregistergesetz berücksichtigt in besonderer Weise Ihre Rechte auf Selbstbestimmung bei der Weitergabe persönlicher Daten. Deshalb haben Sie das Recht, der beabsichtigten Meldung an das Hessische Krebsregister zu widersprechen (in diesem Fall wird Ihr behandelnder Arzt die Meldung unterlassen) oder aber, falls die Meldung bereits erfolgt ist, die Löschung Ihrer Daten veranlassen. Sie haben auch später jederzeit das Recht, Ihre Daten aus dem Hessischen Krebsregister löschen zu lassen. Sie haben auch das Recht, über Ihren behandelnden Arzt Auskunft zu erhalten, ob und ggf. welche Daten im Krebsregister gespeichert sind.

Mitbringen und Verwahrung von Wertgegenständen, Geld und Hilfsmittel

Wir empfehlen Ihnen, während Ihres Klinikaufenthalts keine Wertgegenstände oder größere Bargeldbeträge in Ihrem Krankenzimmer aufzubewahren. Bei den sich in den Krankenzimmern befindlichen Wertfächern handelt es sich um einfach abschließbare Schrankelemente, die nicht speziell gegen Diebstahl gesichert sind. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass das Klinikum Kassel für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten oder in Ihrem Krankenzimmer belassenen Wertgegenständen, Bargeld und Hilfsmitteln wie z. B. Zahnprothesen, Brillen oder Hörgeräte nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit haftet (§§ 14 und 15 Abs. der Allgemeinen Vertragsbedingungen – AVB).

Anlage zum Behandlungsvertrag: Einwilligungen zur Datenverarbeitung

Einwilligung zur Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt sowie sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlern

- Ja
 Nein
- Ich bin damit einverstanden**, dass das Klinikum Kassel die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt sowie sonstige vor-/nach-/weiterbehandelnde Ärzte übermittelt und für meine Behandlung im Klinikum Kassel relevante Behandlungsdaten und Befunde von diesen Ärzten erhält. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den Hausarzt der Erstellung und Vervollständigung einer von diesem durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an diesen Krankenhausaufenthalt von meinem Hausarzt/sonstigem Arzt/Behandler übernommen wird.

Mein Hausarzt ist:

Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte

Sonstige Ärzte (falls Datenaustausch gewünscht):

Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte

Name und Anschrift des Arztes/der Ärzte

Einwilligung zur Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und privatem Krankenversicherer
(Nur von privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!)

- Ja
 Nein
- Ich bin damit einverstanden**, dass erforderliche Dokumentationen über meine Behandlung, insbesondere meine Krankenakte durch das Klinikum Kassel an meine private Krankenversicherung zu Prüfungszwecken im Rahmen der Abrechnung und Rechnungsprüfung, Kostenübernahme- und Verlängerungsanträgen sowie im Rahmen der Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Versorgungsangeboten übermittelt werden.
- Ja
 Nein
- Ich bin damit einverstanden**, dass das Klinikum Kassel zum Zwecke der direkten Abrechnung mit meiner privaten Krankenversicherung die mich betreffenden und für die Abrechnung erforderlichen Stamm- und Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches nach Maßgabe des § 301 SGB V an meine private Krankenversicherung übermittelt.
- Ja
 Nein
- Ich bin damit einverstanden**, dass meine private Krankenversicherung dem Klinikum Kassel mitteilt bzw. übermittelt, ob und welcher Pflegegrad bei mir besteht. Die Kenntnis des Pflegegrades ist für das Klinikum wichtig, um die Abrechnung korrekt zu erstellen.

Auskunft über meinen Aufenthalt im Klinikum Kassel

- Ja Nein
- Ich bin damit einverstanden**, dass die Zentrale Information des Klinikum Kassel (telefonisch/persönlich) Auskunft über meinen Aufenthalt in der Klinik geben darf (sogenannte „Pfortnerauskunft“). Die Auskunft beschränkt sich auf Anfragen bezüglich meiner Anwesenheit, Bekanntgabe meiner Station für Besuchszwecke und die Durchstellung von Telefongesprächen. Mir ist bewusst, dass das Klinikum Kassel die Identität des Anrufers nicht überprüfen kann.

Meine Einwilligungserklärungen

Ich habe die vorstehenden Möglichkeiten freiwillig angekreuzt und bin mit deren Durchführung einverstanden. Diesbezüglich und entbinde ich die betroffenen Beschäftigten der Klinikum Kassel GmbH von der Schweigepflicht. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung kann ich schriftlich an das Klinikum Kassel richten. Sie hat keine Rückwirkung, d. h. die Verarbeitung meiner Daten ist bis zum Zugang meines Widerrufs rechtmäßig.

Datum

Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)