

## Behandlungsvertrag:

zwischen

**Ross Ausfertigung für den  
Patienten!**

.....  
Zuname, Vorname des Patienten

.....  
Anschrift des Patienten

.....  
Geburtsdatum

und dem Kommunalunternehmen - Gesundheitseinrichtungen des Bezirk Oberfranken – Anstalt des öffentlichen Rechts – Vorstand Eva Gill - über die vollstationäre Behandlung zu den in den AVB der Klinik vom 01.04.2016 niedergelegten Bedingungen. Die AVB sind in der Aufnahme und auf den Stationen ausgehängt und können im Internet unter [www.gebo-med.de](http://www.gebo-med.de) eingesehen werden.

### Hinweis:

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Klinikleistungen verpflichtet.

### Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/ -übermittlung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der Klinik abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer/Rentenversicherungsnummer
5. Versichertenstatus,
6. Institutskennzeichen der Krankenversicherung
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Rehabilitationsbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen des Kostenträgers die medizinische Begründung,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,
9. Angaben über die abgerechneten Entgelte

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten zum Zwecke wissenschaftlicher Wirksamkeitsforschung der Therapie mit EDV-gestützten Mitteln erfasst werden können. Mit den erfassten Daten wird so umgegangen, dass die ärztliche Schweigepflicht in jedem Falle eingehalten wird.

### Auskunftssperre:

( ) Ich möchte für diesen stationären Aufenthalt eine Auskunftssperre. Bei Nachfrage in der Klinik wird keine Auskunft erteilt. Die Auskunftssperre kann jederzeit von mir widerrufen werden. Der Aufenthalt ist nur von den hierzu berechtigten Mitarbeitern der Klinik ersichtlich.

**Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der „Patienteninformation Datenschutz“, welche am Schwarzen Brett aushängt ist oder im Internet unter [www.gebo-med.de](http://www.gebo-med.de).**

### Krankenhaus-Entgelt / Patientenquittung

Ich möchte nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden:

( ) Ja - *Hinweis:* Bitte holen Sie die Patientenquittung 14 Tage nach der Entlassung in der Klinikverwaltung ab.

(X) Nein.

### Erstattung von Fahrtkosten

Anträge auf Erstattung von Fahrtkosten anlässlich von Familienheimfahrten, des Realitätstrainings usw. sind grundsätzlich 14 Tage vorher in der Verwaltung abzugeben. Das gleiche gilt für sonstige Erstattungen.

### Verpflegungsgeld

Verpflegungsgeld erhalte ich für Tage, an denen ich nicht in Verpflegung bin, nur, wenn mein vom Therapeuten bestätigter schriftlicher Antrag spätestens 2 Arbeitstage vorher bis 8.30 Uhr in der Verwaltung vorgelegt wird. Bei Ausgang gibt es kein Verpflegungsgeld.

### Kassenstunden der Verwaltung

Die Kasse der Verwaltung ist am Dienstag, Donnerstag und Freitag von 8.00 Uhr – 10.30 Uhr geöffnet. Am Montag und Mittwoch ist die Kasse geschlossen.

### Zurücklassen von Gegenständen

Ich wurde aufgefordert, alle meine nach Verlassen der Klinik zurückgelassenen Sachen und Gegenstände binnen 12 Wochen abzuholen. Im Sinne von § 11 Abs. 4 der Allgemeinen Vertragsbedingungen gehen sie nach Ablauf von 12 Wochen in das Eigentum der Klinik über. Für nicht ordnungsgemäß in Verwahrung gegebene Sachen wird von der Klinik grundsätzlich nicht gehaftet. Zur Abholung beauftragte Personen müssen eine Vollmacht vorlegen. Ein Versand erfolgt weder frei noch unfrei.

**Einwilligung zur Datenübermittlung an den Haus-/weiterbehandelnden Arzt**

Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO

Diese Vorschrift regelt die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich. Die folgenden Angaben und Erklärungen sind freiwillig.

Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt mit: (  ) Ja (  ) Nein.

Ich teile dem Krankenhaus meinen weiterbehandelnden Arzt mit: (  ) Ja (  ) Nein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

**Empfangsbekenntnis:**

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten:

(  ) des Behandlungsvertrages, (  ) der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) (  ) des Pflegekostentarifs und Unterrichtung des Patienten (  ) des Hinweises/der Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung

**Annahmeerklärung: Behandlungsvertrag, Hinweis und Zustimmung zur elektronische Datenverarbeitung/  
-übermittlung, Entgelt, Sonstige Hinweise, Einwilligung zur Datenübermittlung,  
Empfangsbekenntnis**

Angebotserklärung Behandlungsvertrag:  
i.A.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift  
(Bezirksklinik Hochstadt)

.....  
Unterschrift  
(Patient oder Vertreter/Betreuer)

## Behandlungsvertrag:

zwischen

*Waise Aufbereitung für das  
Krankenblatt!*

.....  
Zuname, Vorname des Patienten

.....  
Anschrift des Patienten

.....  
Geburtsdatum

und dem Kommunalunternehmen - Gesundheitseinrichtungen des Bezirk Oberfranken – Anstalt des öffentlichen Rechts – Vorstand Eva Gill - über die vollstationäre Behandlung zu den in den AVB der Klinik vom 01.04.2016 niedergelegten Bedingungen. Die AVB sind in der Aufnahme und auf den Stationen ausgehängt und können im Internet unter [www.gebo-med.de](http://www.gebo-med.de) eingesehen werden.

### Hinweis:

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Klinikleistungen verpflichtet.

### Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/ -übermittlung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der Klinik abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer/Rentenversicherungsnummer
5. Versichertenstatus,
6. Institutskennzeichen der Krankenversicherung
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Rehabilitationsbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen des Kostenträgers die medizinische Begründung,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,
9. Angaben über die abgerechneten Entgelte

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten zum Zwecke wissenschaftlicher Wirksamkeitsforschung der Therapie mit EDV-gestützten Mitteln erfasst werden können. Mit den erfassten Daten wird so umgegangen, dass die ärztliche Schweigepflicht in jedem Falle eingehalten wird.

### Auskunftssperre:

( ) Ich möchte für diesen stationären Aufenthalt eine Auskunftssperre. Bei Nachfrage in der Klinik wird keine Auskunft erteilt. Die Auskunftssperre kann jederzeit von mir widerrufen werden. Der Aufenthalt ist nur von den hierzu berechtigten Mitarbeitern der Klinik ersichtlich.

**Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der „Patienteninformation Datenschutz“, welche am Schwarzen Brett aushängt ist oder im Internet unter [www.gebo-med.de](http://www.gebo-med.de).**

### Krankenhaus-Entgelt / Patientenquittung

Ich möchte nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden:

( ) Ja - *Hinweis:* Bitte holen Sie die Patientenquittung 14 Tage nach der Entlassung in der Klinikverwaltung ab.

(X) Nein.

### Erstattung von Fahrtkosten

Anträge auf Erstattung von Fahrtkosten anlässlich von Familienheimfahrten, des Realitätstrainings usw. sind grundsätzlich 14 Tage vorher in der Verwaltung abzugeben. Das gleiche gilt für sonstige Erstattungen.

### Verpflegungsgeld

Verpflegungsgeld erhalte ich für Tage, an denen ich nicht in Verpflegung bin, nur, wenn mein vom Therapeuten bestätigter schriftlicher Antrag spätestens 2 Arbeitstage vorher bis 8.30 Uhr in der Verwaltung vorgelegt wird. Bei Ausgang gibt es kein Verpflegungsgeld.

### Kassenstunden der Verwaltung

Die Kasse der Verwaltung ist am Dienstag, Donnerstag und Freitag von 8.00 Uhr – 10.30 Uhr geöffnet. Am Montag und Mittwoch ist die Kasse geschlossen.

### Zurücklassen von Gegenständen

Ich wurde aufgefordert, alle meine nach Verlassen der Klinik zurückgelassenen Sachen und Gegenstände binnen 12 Wochen abzuholen. Im Sinne von § 11 Abs. 4 der Allgemeinen Vertragsbedingungen gehen sie nach Ablauf von 12 Wochen in das Eigentum der Klinik über. Für nicht ordnungsgemäß in Verwahrung gegebene Sachen wird von der Klinik grundsätzlich nicht gehaftet. Zur Abholung beauftragte Personen müssen eine Vollmacht vorlegen. Ein Versand erfolgt weder frei noch unfrei.

**Einwilligung zur Datenübermittlung an den Haus-/weiterbehandelnden Arzt**

Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO

Diese Vorschrift regelt die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich. Die folgenden Angaben und Erklärungen sind freiwillig.

Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt mit: (  ) Ja ( ) Nein.

Ich teile dem Krankenhaus meinen weiterbehandelnden Arzt mit: (  ) Ja ( ) Nein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

**Empfangsbekenntnis:**

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten:

(  ) des Behandlungsvertrages, ( ) der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) (  ) des Pflegekostentarifs und Unterrichtung des Patienten (  ) des Hinweises/der Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung

**Annahmeerklärung: Behandlungsvertrag, Hinweis und Zustimmung zur elektronische Datenverarbeitung/  
-übermittlung, Entgelt, Sonstige Hinweise, Einwilligung zur Datenübermittlung,  
Empfangsbekenntnis**

Angebotserklärung Behandlungsvertrag:  
i.A.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift  
(Bezirksklinik Hochstadt)

.....  
Unterschrift  
(Patient oder Vertreter/Betreuer)

**Behandlungsvertrag:**  
zwischen

**aus Aushängung für  
Verwaltungsakt**

.....  
Zuname, Vorname des Patienten

.....  
Anschrift des Patienten

.....  
Geburtsdatum

und dem Kommunalunternehmen - Gesundheitseinrichtungen des Bezirk Oberfranken – Anstalt des öffentlichen Rechts – Vorstand Eva Gill - über die vollstationäre Behandlung zu den in den AVB der Klinik vom 01.04.2016 niedergelegten Bedingungen. Die AVB sind in der Aufnahme und auf den Stationen ausgehängt und können im Internet unter [www.gebo-med.de](http://www.gebo-med.de) eingesehen werden.

**Hinweis:**

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Klinikleistungen verpflichtet.

**Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/ -übermittlung**

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit der Klinik abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer/Rentenversicherungsnummer
5. Versichertenstatus,
6. Institutskennzeichen der Krankenversicherung
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Rehabilitationsbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen des Kostenträgers die medizinische Begründung,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,
9. Angaben über die abgerechneten Entgelte

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten zum Zwecke wissenschaftlicher Wirksamkeitsforschung der Therapie mit EDV-gestützten Mitteln erfasst werden können. Mit den erfassten Daten wird so umgegangen, dass die ärztliche Schweigepflicht in jedem Falle eingehalten wird.

**Auskunftssperre:**

( ) Ich möchte für diesen stationären Aufenthalt eine Auskunftssperre. Bei Nachfrage in der Klinik wird keine Auskunft erteilt. Die Auskunftssperre kann jederzeit von mir widerrufen werden. Der Aufenthalt ist nur von den hierzu berechtigten Mitarbeitern der Klinik ersichtlich.

**Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der „Patienteninformation Datenschutz“, welche am Schwarzen Brett aushängt ist oder im Internet unter [www.gebo-med.de](http://www.gebo-med.de).**

**Krankenhaus-Entgelt / Patientenquittung**

Ich möchte nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden:

( ) Ja - *Hinweis:* Bitte holen Sie die Patientenquittung 14 Tage nach der Entlassung in der Klinikverwaltung ab.

(X) Nein.

**Erstattung von Fahrtkosten**

Anträge auf Erstattung von Fahrtkosten anlässlich von Familienheimfahrten, des Realitätstrainings usw. sind grundsätzlich 14 Tage vorher in der Verwaltung abzugeben. Das gleiche gilt für sonstige Erstattungen.

**Verpflegungsgeld**

Verpflegungsgeld erhalte ich für Tage, an denen ich nicht in Verpflegung bin, nur, wenn mein vom Therapeuten bestätigter schriftlicher Antrag spätestens 2 Arbeitstage vorher bis 8.30 Uhr in der Verwaltung vorgelegt wird. Bei Ausgang gibt es kein Verpflegungsgeld.

**Kassenstunden der Verwaltung**

Die Kasse der Verwaltung ist am Dienstag, Donnerstag und Freitag von 8.00 Uhr – 10.30 Uhr geöffnet. Am Montag und Mittwoch ist die Kasse geschlossen.

**Zurücklassen von Gegenständen**

Ich wurde aufgefordert, alle meine nach Verlassen der Klinik zurückgelassenen Sachen und Gegenstände binnen 12 Wochen abzuholen. Im Sinne von § 11 Abs. 4 der Allgemeinen Vertragsbedingungen gehen sie nach Ablauf von 12 Wochen in das Eigentum der Klinik über. Für nicht ordnungsgemäß in Verwahrung gegebene Sachen wird von der Klinik grundsätzlich nicht gehaftet. Zur Abholung beauftragte Personen müssen eine Vollmacht vorlegen. Ein Versand erfolgt weder frei noch unfrei.

**Einwilligung zur Datenübermittlung an den Haus-/weiterbehandelnden Arzt**

Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO

Diese Vorschrift regelt die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich. Die folgenden Angaben und Erklärungen sind freiwillig.

Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt mit: (  ) Ja ( ) Nein.

Ich teile dem Krankenhaus meinen weiterbehandelnden Arzt mit: (  ) Ja ( ) Nein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

**Empfangsbekenntnis:**

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten:

(  ) des Behandlungsvertrages, ( ) der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) (  ) des Pflegekostentarifs und Unterrichtung des Patienten (  ) des Hinweises/der Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung

**Annahmeerklärung: Behandlungsvertrag, Hinweis und Zustimmung zur elektronische Datenverarbeitung/  
-übermittlung, Entgelt, Sonstige Hinweise, Einwilligung zur Datenübermittlung,  
Empfangsbekenntnis**

Angebotserklärung Behandlungsvertrag:  
i.A.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift  
(Bezirksklinik Hochstadt)

.....  
Unterschrift  
(Patient oder Vertreter/Betreuer)