



IK-260910637

Behandlungsvertrag

zwischen

Name, Vorn.:
Adresse:

Geburtsdatum:
Aufnahme-Nr.:
Aufnahmedatum:
Fachr./Station:

Kostenträger:
Versicherter:

und den **Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim GmbH** (im Weiteren Klinikum genannt) über die stationäre Behandlung mit den allgemeinen Krankenhausleistungen zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Klinikums niedergelegten Bedingungen. Die AVB können in der Patientenaufnahme eingesehen werden.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patienten notwendig sind.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören die Leistungen der Belegärzte und der Beleghebammen/-entbindungspfleger. Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Klinikums berechnen ihre Leistungen gesondert.

28.02.2018

Unterschrift Klinikum

Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters

Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen der stationären Behandlung Daten über meine Person, meinen 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 (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können. In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus variieren können: Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus, Tag, Uhrzeit, Grund der Aufnahme, Einweisungs- und Aufnahmediagnose, nachfolgende Diagnosen, voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung, medizinische Begründung, Datum und Art der durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren, Tag, Uhrzeit, Grund der Entlassung oder der Verlegung, maßgebliche Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, Aussagen zur Arbeitsfähigkeit, Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Datenübermittlung an den Hausarzt/einweisenden Arzt

§ 73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass das Klinikum meine Behandlungsdaten und —befunde (in schriftlicher und/oder digitaler Form) meinem Hausarzt/einweisenden Arzt zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt. Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Klinikum für die Behandlung erforderliche Behandlungsdaten und Befunde beim Hausarzt anfordert, und für die Zwecke der vom Klinikum zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt.

ja nein

Name und Anschrift meines Hausarztes

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit gegenüber dem Klinikum widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Klinikum statt.

28.02.2018

Unterschrift Klinikum

Unterschrift des Patienten bzw. Vertreters