



zwischen

Patientenetikett

- und der **DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH – Friederikenstift** über die vollstationäre/teilstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses vom 01.02.2018 niedergelegten Bedingungen. Der Patient ist mit der Geltung der Allgemeinen Vertragsbedingungen einverstanden.
- Die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf Leistungen des Belegarztes; zu diesen gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. **Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärzte.** Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen ihre Leistungen gesondert.

**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 Krankenhausleistungen verpflichtet.

Wir weisen darauf hin, dass die DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH - Friederikenstift gemäß § 16 Abs. 1 der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für Geld und Wertgegenstände keine Haftung übernimmt, sofern diese nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche Vertretung

\_\_\_\_\_ Unterschrift Krankenhaus

## Empfangsbestätigung

Ich habe jeweils eine Ausfertigung

- ( ) des Behandlungsvertrages
- ( ) der Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung der Diakovere Krankenhaus gGmbH
- ( ) der Datenschutzerklärung der Diakovere Krankenhaus gGmbH
- ( ) DRG-Entgelttarif/Unterrichtung des Patienten gemäß KHEntgG
- ( ) der Wahlleistungsvereinbarung
- ( ) der allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- ( ) Patienteninformation zum Entlassungsmanagement
- ( ) Patienteninformation zum Patientenidentifikationsarmband erhalten.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche Vertretung

