

## Behandlungsvertrag über stationäre und ambulante Krankenhausleistungen

zwischen

*Patientenetikett*

und

dem Pfalzkl. Klinikum für Psychiatrie und Neurologie (AdöR)

über die vollstationäre / teilstationäre/ vorstationäre/ oder ambulante Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen des Pfalzkl. Klinikums vom 01.04.2024 niedergelegten Bedingungen.

### Hinweis

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung einer Krankenkasse oder eines anderen Sozialleistungsträgers 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.

### Ermächtigungserklärung:

Hiermit ermächtige ich mit sofortiger Wirkung das Pfalzkl. Klinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR, vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Paul Bomke, in meinem Namen meinen versicherungs- und sozialhilferechtlichen Status zu klären. Die erteilte Ermächtigung kann bei Bedarf von dem benannten Geschäftsführer auf weitere Mitarbeiter (m/w/d) des Pfalzkl. Klinikums übertragen werden. Diese Ermächtigung erstreckt sich auch auf die klageweise Geltendmachung des Anspruchs im eigenen Namen beim zuständigen Sozialgericht. Durch diese Ermächtigung wird dem Pfalzkl. Klinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR auch das Recht eingeräumt, Zahlung an sich selbst zu verlangen. Diese Ermächtigung beinhaltet keine Abtretung des Sozialhilfeanspruchs.

Ich bin davon unterrichtet worden, dass das Krankenhaus für eingebrachte, nicht hinterlegte Geldbeträge und Wertsachen keine Haftung übernimmt.

**Empfangsbekanntnis:** Ich habe jeweils eine Ausfertigung von folgenden Formularen erhalten:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einwilligung zur Portenauskunft  |  |
| <input type="checkbox"/> Einwilligung in Datenübermittlungen zwischen Krankenhäusern und Hausärzten/ sonstigen Vor-/Nach-/ Weiterbehandlern |  |
| <input type="checkbox"/> Einwilligung in Datenübermittlungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Krankenhäusern           |  |
| <input type="checkbox"/> Patienteninformation zum Entlassmanagement   | <input type="checkbox"/> Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung |
| <input type="checkbox"/> Wahlleistungsvereinbarung  | <input type="checkbox"/> Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen              |

Die nachfolgenden Formulare und die Hinweise hierzu, entnehmen Sie bitte dem Aushang, bzw. aus der im Aufnahmezimmer ausgelegten Mappe, oder im Internet unter [www.pfalzkl. Klinikum.de](http://www.pfalzkl. Klinikum.de). Gerne sind wir auch bereit Ihnen diese Unterlagen in Papierform auszuhändigen:

- |  |  |
|--|--|
| • Auflistung der Entgelte im Pfalzkl. Klinikum   | • Information zur Patientenzahlung       |
| • Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)   | • Hausordnung                            |
| • Information zum Abrechnungssystem nach Fallpauschalen (DRG)  | • Information zum PEPP Abrechnungssystem |
| • Information gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO/ §§ 16ff. DSG-EKD/ §§ 14ff. KDG |  |
| • Patienteninformation Elektronische Patientenakte (ePA)   |  |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

**Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/ gesetzlicher Vertreter/ Betreuer:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

**Pfalzkl. Klinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR**  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz  
**Verwaltungsratsvorsitzender:** Hans-Ulrich Ihlenfeld  
**Geschäftsführer:** Paul Bomke  
**Steuernummer:** 24/668/0118/2 **Bank:** Sparkasse Südpfalz  
**BIC:** SOLADES1SUW **IBAN:** DE28 5485 0010 0000 0002 40  
**Formular-Nr:** 17000

Seite 1 von 1