

zwischen

und

der DRK Gemeinnützigen Krankenhaus GmbH Sachsen, als Träger des DRK Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein, vertreten durch den Geschäftsführer Dipl.-Kffr. D. Lohmann, über die vollstationäre/ teilstationäre/ vor- und nachstationäre Behandlung, ambulante Operationsleistungen bzw. stationärer ersetzende Eingriffe zu den in den jeweils aktuellen AVB des Krankenhauses sowie dem DRG-Entgelttarif niedergelegten Bedingungen.

Wahlleistungen können nur nach schriftlichem Abschluss eines Wahlleistungsvertrages gewährt werden.

Hinweis:

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind oder ob ein Dritter für die Behandlungskosten aufkommen wird.

1. Datenübermittlung an den Hausarzt und einweisenden Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/ einweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/ einweisenden Arzt.

 Ja

 Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt/ einweisenden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes/ einweisenden Arztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

 Ja

 Nein

Hausarzt:

Name/ Anschrift

Einweisender Arzt:

Name/ Anschrift/ ggf. Ansprechpartner

2. Datenübermittlung an sonstige Personen

Ich wünsche ein mit meinem Namen versehenes Zimmerschild:

 Ja

 Nein

Ich wünsche eine Anwesenheitsauskunft bzw. das Durchstellen von Anrufen:

 Ja

 Nein

Bitte haben Sie Verständnis, dass bei Anfragen **nicht** zwischen Angehörigen, Freunden, Bekannten, Arbeitgeber oder sonstigen Dritten unterschieden werden kann.

3. Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung gem. §17 c Abs. 5 KHG (nur von Privatversicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen)

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

 (Name des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten (siehe Punkt Datenverarbeitung) maschinenlesbar/ im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

Ja Nein

Im Falle einer Rechnungsprüfung durch meine private Krankenversicherung entbinde ich zu diesem Zweck die Mitarbeiter des Krankenhauses von meiner Schweigepflicht bezüglich meines aktuellen Krankenhausaufenthaltes.

Ja Nein

4. Datenübermittlung an das klinische Krebsregister

Im Falle einer Krebserkrankung werden die Krankheitsdaten (Identitätsdaten, medizinische Daten sowie ärztliche Informationen über die Behandlung und Nachsorge) zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung, zur Krebsforschung und zur onkologischen Qualitätssicherung unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an das zuständige Klinische Krebsregister gemeldet und von diesem erfasst und ausgewertet.

5. Datenübermittlung zur Qualitätssicherung

Einer Übermittlung der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §136 SGB V festgelegten Daten zur externen Qualitätssicherung an die hierzu gesetzlich befugten Annahmestellen stimme ich zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dazu ein ausführliches Informationsblatt unter <https://rab.drk-khs.de/agb/> veröffentlicht, welches auch in unserer Informationsmappe eingesehen werden kann.

6. Einverständniserklärung für Bild- und Videoaufnahmen

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke meiner medizinischen Versorgung und deren Dokumentation Bildaufnahmen (z.B. von diagnostischen Untersuchungen, Wundheilungsverläufen, Therapieverläufen) bzw. Videoaufzeichnungen (z.B. vom Operationsvorgang) angefertigt und meiner Patientenakte zugeführt werden dürfen.

Ja Nein

7. Einverständniserklärung zum Tragen des Patientenidentifikationsarmbandes

Zur Erhöhung der Patientensicherheit wird für alle stationären Patienten ein Patientenarmband ausgegeben. Damit kann jederzeit eine eindeutige Identifizierung des Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen erfolgen.

- Ich bin **nicht** mit dem Tragen des Patientenidentifikationsarmbandes einverstanden. Mir ist bewusst, dass ich damit während meines Aufenthalts im DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein auf ein zusätzliches Sicherheitsinstrument aktiv verzichte.

Die vorstehenden Einwilligungserklärungen können jederzeit schriftlich gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden.

8. Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages 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, weiterbehandelnde ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können. Weiterhin stimme ich der Verwendung von ausgewählten Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke/medizinische Forschung zu.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

1. Name des Versicherten, Geburtsdatum, Anschrift, Geschlecht und Nationalität
2. Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus,
3. 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 Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen, Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Die AVB, der DRG-Entgelttarif, die Patienteninfo zur Datenerhebung für die Qualitätssicherung im Krankenhaus, die Patienteninformation auf Grundlage des Art. 12 ff. DS-GVO, die Nutzungsbedingungen zum WLAN, die Patienteninformation zur Erfassung im klinischen Krebsregister sowie die Hausordnung können vor bzw. bei Aufnahme in den aufnehmenden Bereichen (administrative Aufnahme, Zentrale Notaufnahme, Kreißsaal), im Internet unter <https://rab.drk-khs.de/agb/> oder an der Information des Krankenhauses eingesehen werden.

Die AVB, den DRG-Entgelttarif, die Hausordnung, die Unterrichtung des Patienten nach §8 KHEntG erkenne ich an.

Ich benötige keine Ausfertigung des Behandlungsvertrages.

Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. des Vertretungsberechtigten
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Name und Anschrift des Vertreters: _____

HINWEIS zu Geld und Wertsachen:

Behalten Sie nur Gegenstände auf dem Krankenzimmer, die Sie unbedingt benötigen.

Kleinere Wertgegenstände (Geldbörse, Smartphone etc.) können Sie im Schließfach Ihres Schrankes auf dem Patientenzimmer aufbewahren.

Größere Geldbeträge, Schmuck und andere Wertsachen können an der Kasse des Krankenhauses gegen eine Empfangsbestätigung in Verwahrung genommen und im Safe aufbewahrt werden.