



Einverständniserklärung

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Ich bin darüber informiert, dass:
 - die Hausordnung,
 - die Allgemeinen Vertragsbedingungen des Krankenhauses (AVB),
 - die Anlage 1 des Krankenhausentgelttarifes zur Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG,
 - die Informationspflicht gegenüber Patienten im Krankenhausbereich bei der Erhebung personenbezogener Daten (Art. 12 ff. DS-GVO) am Empfang ausliegen und eingesehen werden können.

- Ich bin damit einverstanden, dass der endgültige Arztbrief an die einweisende Ärztin/den einweisenden Arzt oder an die Kinderärztin/den Kinderarzt oder an die Hausärztin/den Hausarzt und/oder an die Fachärztin/den Facharzt versendet wird.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind alleine und ohne Aufsicht die Station verlässt, um sich auf dem Klinikgelände aufzuhalten.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind (ab 14 Jahren) alleine die Klinik, entsprechend den Ausgehzeiten verlassen darf.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind zusammen mit _____ die Klinik verlassen darf.

- Ich bin darüber informiert, dass mein Kind / ich (volljährig) für externe Arztbesuche die Klinik verlassen darf.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind in den Klinikgarten (Bewegungspark) / Klinikinnenhof (mit Wasserbrunnen, Wassertiefe ca. 15 cm) darf:
 - In Begleitung von Klinikpersonal oder ehrenamtlichen Helfern,
 - In Begleitung von Angehörigen anderer Patienten,
 - Allein.

- Ich bin darüber informiert, dass im Klinikgarten und auf den dort befindlichen Spiel- und Sportgeräten sowie im Klinikinnenhof keine Aufsicht durch Klinikpersonal gewährleistet ist.

- Ich bin darüber informiert, wenn die Aufnahme der nicht medizinisch notwendigen Begleitperson auf eigenen Wunsch im Patientenzimmer erfolgt, hierfür 75,00 € pro Nacht zu bezahlen sind.

- Erfolgt die Mitaufnahme eines Begleitkinds ab dem 1. Lebensjahr in das Patientenzimmer, sind 22,50 € zu bezahlen.

- Bitte spätestens am Vortag dem Pflegepersonal melden, dass Sie über die Mittagszeit abwesend sind und keine Mittagsverpflegung benötigen.

Datum:

Unterschrift Patient/(In) Erziehungsberechtigte(r)

Erstgespräch durchgeführt – Unterschrift Mitarbeiter Klinik