



## Behandlungsvertrag

zwischen

		großer Patientenaufkleber
..... Name, Vorname des Patienten	geboren am	
..... Anschrift des Patienten		..... Station
..... Name, Vorname des Hauptversicherten		..... Aufnahmedatum
..... Anschrift des Hauptversicherten		..... Aufnahmezeit
..... Einweisender Arzt		
..... Kostenträger		..... Versicherungsnummer

und

**der** Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH  
– als Träger des Krankenhauses über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses vom 01.01.2015 niedergelegten Bedingungen.

### 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.

Dieser Vertrag unterliegt deutschem Recht.

Garmisch-Partenkirchen, den \_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. bei  
minderjährigen Patienten: des oder der  
Sorgeberechtigten

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

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

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

Vollmacht liegt uns im Original/Kopie vor.

## Empfangsbekanntnis

Ich habe jeweils eine Ausfertigung

<input checked="" type="checkbox"/> des Behandlungsvertrages <input checked="" type="checkbox"/> des Hinweises auf die Datenverarbeitung <input checked="" type="checkbox"/> der Einverständnis gem. § 73 Abs. 1b SGB V zur Datenübermittlung an den Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt	<input type="checkbox"/> der Einverständnis gem. § 17c Abs. 5 KHG zur Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung <input type="checkbox"/> der Walleistungsvereinbarung <input type="checkbox"/> der Einwilligung zur Datenübermittlung an eine externe Abrechnungsstelle <input type="checkbox"/> der Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen <input type="checkbox"/> das Informationsblatt „Rauchen“ zur Weitergabe an die Pflegenden, ab Vollendung des 14. Lebensjahres. <input type="checkbox"/> das Informationsblatt „Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 61 (2) SGB V ab Vollendung des 18. Lebensjahres“
---	---

erhalten.

Ich bin auf die Auslage folgender Unterlagen in der Informationsmappe

<input checked="" type="checkbox"/> der Allgemeinen Vertragsbedingungen des Krankenhauses (AVB) <input checked="" type="checkbox"/> des Krankenhausentgelttarifs und die Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG <input checked="" type="checkbox"/> der Hausordnung	
---	--

hingewiesen worden und habe davon Kenntnis genommen.

Garmisch-Partenkirchen: .....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw. bei minderjährigen Patienten:  
des oder der Sorgeberechtigten