

**Behandlungsvertrag / Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung und -übermittlung /
Krankenhaus-Entgelt / Empfangsbekanntnis / Einwilligung zur Datenübermittlung an den Arzt/
Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement**

**Graue Ausfertigung für
Patientenaufnahme**

Behandlungsvertrag:

zwischen

.....
Nachname, Vorname des Patienten

.....
Anschrift des Patienten

.....
Geburtsdatum

und dem Kommunalunternehmen - Gesundheitseinrichtungen des Bezirks Oberfranken – Anstalt des öffentlichen Rechts – Vorstand Eva Gill - über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB der GeBO, in der jeweils gültigen Fassung, niedergelegten Bedingungen. Die AVB sind in der Aufnahme sowie auf den Stationen ausgehängt und können im Internet unter www.gebo-med.de eingesehen werden.

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. Soweit der gesetzlich krankenversicherte Patient von der Wahlmöglichkeit nach § 13 Abs. 2 SGB V (=Kostenerstattung anstatt der üblichen Sach-/Dienstleistung) Gebrauch macht, tritt der Patient hiermit seinen Anspruch gegenüber der Krankenkasse an das Krankenhaus ab, sofern der Patient seiner Selbstzahlungsverpflichtung nicht nachkommt.

Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung:

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, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können. In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten, 2. Geburtsdatum, 3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer / Institutskennzeichen der Krankenkasse, 5. Versichertenstatus,
6. 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,
7. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,
9. Angaben über die abgerechneten Entgelte, über die im Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Auskunftssperre:

() Ich möchte für diesen stationären Aufenthalt eine Auskunftssperre. Bei Nachfrage an der Pforte wird keine Auskunft erteilt. Besucher, die ich erwarte, informiere ich persönlich und individuell über meinen Aufenthaltsort im Bezirksklinikum Obermain (Station, Zimmer). Die Auskunftssperre kann jederzeit von mir widerrufen werden. Der Aufenthalt ist nur von den hierzu berechtigten Mitarbeitern des Krankenhauses ersichtlich.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der „Patienteninformation Datenschutz“, welche in der Aufnahme und im Pfortenbereich aushängt ist oder im Internet unter www.gebo-med.de.

Krankenhaus-Entgelt / Patientenquittung:

Ich möchte nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden:

- () Ja - *Hinweis:* Bitte holen Sie die Patientenquittung 14 Tage nach der Entlassung in der Klinikverwaltung ab.
(X) Nein.

Empfangsbekanntnis:

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten:

- (X) des Behandlungsvertrages (mit Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung),
() des PEPP-Entgelttarifes u. Unterrichtung d. Patienten n. § 14 BPflV,
() DRG-Entgelttarif u. Unterrichtung d. Patienten nach § 8 KHEntgG,
(X) Merkblatt zur Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung und Zahlungsaufforderung für gesetzlich Versicherte,
(X) Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement – nur gesetzlich krankenversicherte Patienten,
() Kooperation BK Obermain - Klinikum Bamberg Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht (§203 StGB)
() der Wahlleistungsvereinbarung, () der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB).

Die Entgelttarife sind in der Patientenaufnahme und auf den Stationen ausgehängt.

Einwilligung zur Datenübermittlung an den Haus-/weiterbehandelnden Arzt, § 73(1b)SGB V:

Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V muss das Krankenhaus jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Haus-/weiterbehandelnden Arzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche und widerrufbare Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich. Die folgenden Angaben und Erklärungen sind freiwillig.

- Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt mit: (X) Ja () Nein
Ich teile dem Krankenhaus meinen weiterbehandelnden Arzt mit: (X) Ja () Nein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Annahmeerklärung:	Behandlungsvertrag, Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung, Krankenhaus-Entgelt, Empfangsbekanntnis, Einwilligung zur Datenübermittlung an Haus-/weiterbeh. Arzt, Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement:		
	Angebotserklärung Behandlungsvertrag:		
..... Datum	i.A..... Unterschrift (Bezirksklinikum Obermain)	X Unterschrift(Patient o.Sorgeberecht./Vertreter/Betreuer)

**Behandlungsvertrag / Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung und -übermittlung /
Krankenhaus-Entgelt / Empfangsbekanntnis / Einwilligung zur Datenübermittlung an den Arzt /
Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement**

**Rosa Ausfertigung
für den Patienten**

Behandlungsvertrag:

zwischen

.....
Nachname, Vorname des Patienten

.....
Anschrift des Patienten

.....
Geburtsdatum

und dem Kommunalunternehmen - Gesundheitseinrichtungen des Bezirks Oberfranken – Anstalt des öffentlichen Rechts – Vorstand Eva Gill - über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB der GeBO, in der jeweils gültigen Fassung, niedergelegten Bedingungen. Die AVB sind in der Aufnahme sowie auf den Stationen ausgehängt und können im Internet unter www.gebo-med.de eingesehen werden.

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. Soweit der gesetzlich krankenversicherte Patient von der Wahlmöglichkeit nach § 13 Abs. 2 SGB V (=Kostenerstattung anstatt der üblichen Sach-/Dienstleistung) Gebrauch macht, tritt der Patient hiermit seinen Anspruch gegenüber der Krankenkasse an das Krankenhaus ab, sofern der Patient seiner Selbstzahlungsverpflichtung nicht nachkommt.

Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung:

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, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können. In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versicherterstatus (Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten, 2. Geburtsdatum, 3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer / Institutskennezeichen der Krankenkasse, 5. Versicherterstatus,
6. 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,
7. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,
9. Angaben über die abgerechneten Entgelte, über die im Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Auskunftssperre:

() Ich möchte für diesen stationären Aufenthalt eine Auskunftssperre. Bei Nachfrage an der Pforte wird keine Auskunft erteilt. Besucher, die ich erwarte, informiere ich persönlich und individuell über meinen Aufenthaltsort im Bezirksklinikum Obermain (Station, Zimmer). Die Auskunftssperre kann jederzeit von mir widerrufen werden. Der Aufenthalt ist nur von den hierzu berechtigten Mitarbeitern des Krankenhauses ersichtlich.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der „Patienteninformation Datenschutz“, welche in der Aufnahme und im Pfortenbereich aushängt ist oder im Internet unter www.gebo-med.de.

Krankenhaus-Entgelt / Patientenquittung:

Ich möchte nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden:

- () Ja - *Hinweis:* Bitte holen Sie die Patientenquittung 14 Tage nach der Entlassung in der Klinikverwaltung ab.
(X) Nein.

Empfangsbekanntnis:

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten:

- (X) des Behandlungsvertrages (mit Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung),
() des PEPP-Entgelttarifes u. Unterrichtung d. Patienten n. § 14 BPflV,
() DRG-Entgelttarif u. Unterrichtung d. Patienten nach § 8 KHEntgG,
(X) Merkblatt zur Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung und Zahlungsaufforderung für gesetzlich Versicherte,
(X) Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement – nur gesetzlich krankenversicherte Patienten,
() Kooperation BK Obermain - Klinikum Bamberg Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht (§203 StGB)
() der Wahlleistungsvereinbarung, () der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB).

Die Entgelttarife sind in der Patientenaufnahme und auf den Stationen ausgehängt.

Einwilligung zur Datenübermittlung an den Haus-/weiterbehandelnden Arzt, § 73(1b)SGB V:

Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V muss das Krankenhaus jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Haus-/weiterbehandelnden Arzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche und widerrufbare Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich. Die folgenden Angaben und Erklärungen sind freiwillig.

Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt mit: (X) Ja () Nein.

Ich teile dem Krankenhaus meinen weiterbehandelnden Arzt mit: (X) Ja () Nein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Annahmeerklärung:

**Behandlungsvertrag, Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung,
Krankenhaus-Entgelt, Empfangsbekanntnis, Einwilligung zur Datenübermittlung an Haus-
/weiterbeh. Arzt, Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement:
Angebotserklärung Behandlungsvertrag:**

.....
Datum

i.A.....
Unterschrift (Bezirksklinikum Obermain)

X
Unterschrift (Patient o.Sorgeberecht./Vertreter/Betreuer)

**Behandlungsvertrag / Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung und -übermittlung /
Krankenhaus-Entgelt / Empfangsbekanntnis / Einwilligung zur Datenübermittlung an den Arzt /
Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement**

**Weiße Ausfertigung
für Krankenakte**

Behandlungsvertrag:

zwischen

.....
Nachname, Vorname des Patienten

.....
Anschrift des Patienten

.....
Geburtsdatum

und dem Kommunalunternehmen - Gesundheitseinrichtungen des Bezirks Oberfranken – Anstalt des öffentlichen Rechts – Vorstand Eva Gill - über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB der GeBO, in der jeweils gültigen Fassung, niedergelegten Bedingungen. Die AVB sind in der Aufnahme sowie auf den Stationen ausgehängt und können im Internet unter www.gebo-med.de eingesehen werden.

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. Soweit der gesetzlich krankenversicherte Patient von der Wahlmöglichkeit nach § 13 Abs. 2 SGB V (=Kostenerstattung anstatt der üblichen Sach-/Dienstleistung) Gebrauch macht, tritt der Patient hiermit seinen Anspruch gegenüber der Krankenkasse an das Krankenhaus ab, sofern der Patient seiner Selbstzahlungsverpflichtung nicht nachkommt.

Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung:

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, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können. In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (Kassenpatient, Heilfürsorgeberechtigter, Selbstzahler) variieren können:

1. Familienname und Vorname des Versicherten, 2. Geburtsdatum, 3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer / Institutskennzeichen der Krankenkasse, 5. Versichertenstatus,
6. 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,
7. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose,
9. Angaben über die abgerechneten Entgelte, über die im Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Auskunftssperre:

() Ich möchte für diesen stationären Aufenthalt eine Auskunftssperre. Bei Nachfrage an der Pforte wird keine Auskunft erteilt. Besucher, die ich erwarte, informiere ich persönlich und individuell über meinen Aufenthaltsort im Bezirksklinikum Obermain (Station, Zimmer). Die Auskunftssperre kann jederzeit von mir widerrufen werden. Der Aufenthalt ist nur von den hierzu berechtigten Mitarbeitern des Krankenhauses ersichtlich.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der „Patienteninformation Datenschutz“, welche in der Aufnahme und im Pfortenbereich aushängt ist oder im Internet unter www.gebo-med.de.

Krankenhaus-Entgelt / Patientenquittung:

Ich möchte nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden:

- () Ja - *Hinweis:* Bitte holen Sie die Patientenquittung 14 Tage nach der Entlassung in der Klinikverwaltung ab.
(X) Nein.

Empfangsbekanntnis:

Ich habe jeweils eine Ausfertigung erhalten:

- (X) des Behandlungsvertrages (mit Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung),
() des PEPP-Entgelttarifes u. Unterrichtung d. Patienten n. § 14 BPflV,
() DRG-Entgelttarif u. Unterrichtung d. Patienten nach § 8 KHEntgG,
(X) Merkblatt zur Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung und Zahlungsaufforderung für gesetzlich Versicherte,
(X) Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement – nur gesetzlich krankenversicherte Patienten,
() Kooperation BK Obermain - Klinikum Bamberg Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht (§203 StGB)
() der Wahlleistungsvereinbarung, () der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB).

Die Entgelttarife sind in der Patientenaufnahme und auf den Stationen ausgehängt.

Einwilligung zur Datenübermittlung an den Haus-/weiterbehandelnden Arzt, § 73(1b)SGB V:

Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V muss das Krankenhaus jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Haus-/weiterbehandelnden Arzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche und widerrufbare Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich. Die folgenden Angaben und Erklärungen sind freiwillig.

Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt mit: (X) Ja () Nein.

Ich teile dem Krankenhaus meinen weiterbehandelnden Arzt mit: (X) Ja () Nein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei meinem Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Annahmeerklärung:

**Behandlungsvertrag, Hinweis und Zustimmung zur Datenverarbeitung/-übermittlung,
Krankenhaus-Entgelt, Empfangsbekanntnis, Einwilligung zur Datenübermittlung an Haus-
/weiterbeh. Arzt, Informationen und Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement:**

Angebotserklärung Behandlungsvertrag:

.....
Datum

i.A.....
Unterschrift (Bezirksklinikum Obermain)

X
.....
Unterschrift (Patient o.Sorgeberecht./Vertreter/Betreuer)