

Vereinbarung über die stationäre/teilstationäre/vorstationäre Behandlung

Patientenetikett
oder Patienten-
nummer: _____
Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____
Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Mit diesem Formular wird die Aufnahme zur stationären, teilstationären, vorstationären Behandlung in der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) vereinbart.

Sofern es sich beim Antragsteller nicht um die/den nebenstehende/n Patientin/Patienten handelt, bitte unten an der vorgesehenen Stelle angeben.

Ist ein Sozialleistungsträger oder ein sonstiger Kostenträger nicht zu ermitteln oder übernimmt der angegebene Kostenträger die Kosten nicht bzw. nur zum Teil, verpflichtet sich der nachstehend genannte Patient oder sein gesetzlicher oder bevollmächtigter Vertreter die Kosten selbst zu zahlen. In diesem Fall kann die UMG eine Vorschusszahlung verlangen.

Der Patient wird hiermit ausdrücklich darauf hingewiesen, dass während des Aufenthaltes in der UMG aus technischen Gründen keine privaten Fernsehgeräte und mobile bzw. drahtlose Telefone benutzt werden dürfen. Fernseher und Telefone stehen auf den Zimmern zur Verfügung.

1. Mir ist bekannt, dass über die wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) eine gesonderte Vereinbarung zu treffen ist. **Bei der Behandlung in einer von einem liquidationsberechtigten Arzt geleiteten Abteilung kommt ein gesonderter Vertrag mit diesem zustande. In diesem Fall haftet der liquidationsberechtigte Arzt persönlich und nicht die UMG für mögliche Ansprüche aus diesem Behandlungsverhältnis. Dies gilt insbesondere für deliktische Schadensersatzansprüche. Die UMG haftet in diesen Fällen nicht für eine etwaige schuldhaftige Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht.**

2. Die Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) und der Krankenhausentgelttarif der UMG wurden mir bekannt gegeben, werden anerkannt und gelten mit meiner Unterschrift unter dieser Vereinbarung als vereinbart.

Falls Patient nicht mit Antragssteller identisch

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____

Der aufzunehmende Patient ist

- meine Ehefrau / mein Ehemann
 mein Kind

Zusätzlich beantrage ich die nachstehend angekreuzten Wahlleistungen (gemäß dem derzeit gültigen Krankenhausentgeltgesetz) zu den in den Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) und im Krankenhausentgelttarif genannten Bedingungen.

ja nein

- Unterbringung im 1-Bett-Zimmer
 Unterkunft und Verpflegung einer gesunden Begleitperson, deren Aufenthalt aus therapeutischen Gründen nicht erforderlich ist*
 Wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)*

*Bitte gesonderten Antrag ausfüllen und unterschreiben.

Göttingen, den _____

Im Auftrag

Unterschrift des Mitarbeiters der UMG

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten)