

## Договор о стационарном/частично стационарном/предварительном амбулаторном лечении

Наклейка с данными пациента  
или  
регистрационный  
номер пациента \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Улица \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Почтовый код,  
место проживания \_\_\_\_\_

Данный формуляр предназначен для оформления договора о стационарном, частично стационарном или предварительном амбулаторном лечении в Университетской клинике Гёттинген.

*В том случае, если заявитель не является пациентом, данные которого указаны в поле слева, необходимо заполнить соответствующие поля внизу формуляра.*

В случае, если поставщик социальных услуг или другой плательщик неизвестны, а так же в том случае, если указанный плательщик не перенимает расходы или перенимает лишь их часть, далее указанный пациент, его законный представитель или доверенное лицо обязуется взять расходы на себя. Университетская клиника Гёттинген имеет в таком случае право потребовать аванс.

Пациент уведомлён о том, что из соображений технической безопасности использование личных телевизионных устройств и мобильных/беспроводных телефонов в период пребывания в Университетской клинике Гёттинген запрещено. В каждой палате имеется телефон и телевизор.

1. Мне известно, что оказание опциональных медицинских услуг (наблюдение у главного врача) возможно только по отдельной договорённости. **Лечение в отделении под руководством врача, имеющего право выставлять счета частным лицам возможно только при заключении отдельного договора. При этом ответственность за оказанные медицинские услуги несёт врач, выставляющий счёт пациенту, лично, а не Университетская клиника Гёттинген. Особенно это касается притязаний о возмещении нанесённого ущерба. Университетская клиника Гёттинген не несёт в таком случае ответственности за возможные умышленные нарушения обязательства должной ответственности лечащим врачом.**

2. Я ознакомился/ознакомилась с Общими условиями договора и тарифами оплаты больничных услуг и согласен/согласна с ними. Своей подписью я подтверждаю законность данного соглашения.

В том случае, если пациент не является заявителем

Фамилия, имя \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Улица \_\_\_\_\_  
Почтовый код, место  
проживания \_\_\_\_\_

Пациент является

- моей женой/моим мужем  
 моим ребёнком  
 \_\_\_\_\_

Дополнительно к условиям, указанным в Общих условиях договора и списке тарифов оплаты больничных услуг, я запрашиваю опциональные услуги (в соответствии с действующим на данный момент Законом об оплате больничных услуг), отмеченные ниже.

да нет

- Размещение в одноместной палате  
  Размещение и продовольственное снабжение здорового сопроводительного лица, пребывание которого не является необходимым с точки зрения лечения\*  
  Опциональные медицинские услуги (наблюдение у главного врача)\*

\*Просьба заполнить и подписать отдельное заявление.

Гёттинген, дата \_\_\_\_\_

По поручению \_\_\_\_\_

Подпись сотрудника Университетской клиники  
Гёттинген

Подпись пациента или его представителя  
(для несовершеннолетних пациентов подпись законного представителя/законной представительницы)