



# Behandlungsvertrag

zwischen der Klinikum Bayreuth GmbH  
undHerrn Agfa Test  
MusterAllee 101 A, 12345 Musterstadt  
Geb.Datum: 02.02.1993  
Fallnummer: 12196868  
Station / FA: 12 / CA

Angehörige: Kann ich, , Erreichbarkeit:

## 1. Einverständnis zur Datennutzung

- Ich bin damit einverstanden, dass die Klinikum Bayreuth GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt/Facharzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die **Übermittlung** der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt: Dr. med. Uwe Holtz  Ja  Nein  
Facharzt:  Ja  Nein
- Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Klinikum Bayreuth GmbH die bei meinem Hausarzt/Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese **Anforderung** ermöglicht es der Klinikum Bayreuth GmbH, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes/Facharztes zu erhalten. Die Klinikum Bayreuth GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.  
Hausarzt:  Ja  Nein  
Facharzt:  Ja  Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass die Pforte Auskünfte über meinen Aufenthaltsort im Krankenhaus erteilt.  Ja  Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Klinikums auf Nachfrage meiner Angehörigen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand mitteilen, soweit der jeweilige Mitarbeiter von der Identität eines Angehörigen überzeugt ist. Zu diesem Zweck entbinde ich die Mitarbeiter der Klinikum Bayreuth GmbH bzw. die behandelnden Ärzte ausdrücklich von der Schweigepflicht.  Ja  Nein
- Ich bin damit einverstanden, das **Patienten-Armband** während meines gesamten Klinikaufenthaltes zu tragen.  Ja  Nein
- Es ist mir bekannt, dass die Angabe meiner Konfession freiwillig ist. Mit der Angabe meiner Konfession und Station an die Klinikseelsorge bin ich einverstanden.  Ja  Nein  
 römisch-katholisch  
 evangelisch  
 Andere
- Hinzuziehen von Vorbehandlungen  
Um eine optimale Krankenhausbehandlung zu gewährleisten, kann die Hinzuziehung von Vorbehandlungsdaten Ihrer früheren Aufenthalte empfehlenswert sein. Falls Sie mit der Hinzuziehung von Vorbehandlungsdaten nicht einverstanden sind, bitten wir Sie um einen entsprechenden Widerruf.

**Die Einwilligungserklärungen erfolgen freiwillig. Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Klinikum Bayreuth GmbH, Preuschwitzer Str. 101, 95445 Bayreuth widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Durch die Nichterteilung der Einwilligung/den Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile.**

---

 Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters oder Zahlungspflichtigen



## 2. Behandlungsvertrag

- Ich beantrage für mich / den oben genannten Patienten die Aufnahme bzw. die vollstationäre, teilstationäre, vor- u. nachstationäre oder ambulante Behandlung durch die Klinikum Bayreuth GmbH. Während der ersten Diagnosemaßnahmen wird mit dem behandelnden Arzt - durch Vertragsauslegung - die genaue Behandlung entschieden bzw. gewählt, die sich nach Art und Schwere der Erkrankung sowie nach der medizinisch zweckmäßigen Versorgung richten muss.
- Ich bin ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen der Klinikum Bayreuth GmbH (AVB), auf den DRG-Entgelttarif sowie auf die Hausordnung hingewiesen worden und hatte die Möglichkeit, von ihren Inhalten Kenntnis zu nehmen (Aushang). Ich bin mit deren Geltung einverstanden.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich innerhalb eines Kalenderjahres (gem. derzeit gesetzlich gültiger Bestimmungen) eine Zuzahlung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung zu leisten habe.
- **Kostenträger:** Selbstzahler,
- **Hauptversicherer:** Test Agfa, \*02.02.1993, MusterAllee 101 A, 12345 Musterstadt
- Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung einer Krankenkasse oder eines anderen Sozialhilfeträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, bin ich zur ganzen bzw. teilweisen Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
- Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

Ich wollte jeweils eine Ausfertigung folgender Exemplare mitnehmen:

- |   |                       |    |                       |      |
|---|-----------------------|----|-----------------------|------|
| • des Behandlungsvertrag  | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • der Allgemeine Vertragsbedingungen                                  | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • des DRG-Entgelttarifs   | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • der Patienteninformation zum Entlassmanagement                      | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • der Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • der Hausordnung   | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |
| • Patienteninformation zum Datenschutz                                | <input type="radio"/> | Ja | <input type="radio"/> | Nein |

**Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.**

**Hiermit bestätige ich, (auch), dass seitens des nicht anwesenden anderen Elternteils die Ermächtigung dafür erfolgt ist, hiermit in die Behandlung unseres Kindes für beide Elternteile einzuwilligen.**

Bayreuth, 14.05.2020

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen  
Vertreters oder Zahlungspflichtigen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 2. gesetzlichen Vertreters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht:

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

Klinikum Bayreuth GmbH  
Preuschwitzer Straße 101  
95445 Bayreuth  
Sitz und Registergericht: Bayreuth HRB 3902

Geschäftsführer:  
Alexander Mohr  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Landrat Florian Wiedemann

\_\_\_\_\_  
Stellung des Vertreters zum Patienten

Internet:  
www.klinikum-bayreuth.de  
email: poststelle@klinikum-bayreuth.de

Busverbindung Linie 3 und 7

Sparkasse Bayreuth  
IBAN: DE08 7735 0110 0021 0210 92  
BIC: BYLA DEM1 SBT  
HypoVereinsbank  
IBAN: DE18 7732 0072 0000 8125 95  
BIC: HYVE DEMM 412  
Institutskennzeichen 260 940 109



### 3. Obduktionsklausel

- 1 Die innere Leichenschau kann vorgenommen werden, wenn sie zur Feststellung der Todesursache aus ärztlicher Sicht notwendig ist oder wenn ein wissenschaftliches Interesse besteht.
- 2 Von der inneren Leichenschau ist abzusehen, wenn ihr die verstorbene Person zu Lebzeiten widersprochen hat. Hat die verstorbene Person der inneren Leichenschau nicht ausdrücklich zugestimmt, darf sie erst nach Ablauf von acht Tagesstunden vorgenommen werden (Tagesstunden sind die Stunden von 7.00 bis 22.00 Uhr). Widersprechen der Ehegatte, die volljährigen Kinder, die Eltern oder die Geschwister der verstorbenen Person oder ihr gesetzlicher Vertreter innerhalb der genannten Frist, so ist von einer Leichenschau abzusehen; bis zu ihrer Vornahme ist auch ein nach Fristablauf eingegangener Widerspruch zu berücksichtigen. Bestehen unter den widerspruchsberechtigten Personen Meinungsverschiedenheiten, so geht der Wille des Ehegatten dem der volljährigen Kinder, der Wille der volljährigen Kinder dem der Eltern und der Wille der Eltern dem der Geschwister vor. Bei Meinungsverschiedenheiten unter widerspruchsberechtigten Personen gleichen Grades ist von der inneren Leichenschau abzusehen.
- 3 Absatz 2 gilt nicht, wenn besondere gesetzliche Bestimmungen die innere Leichenschau vorschreiben.
- 4 Die innere Leichenschau wird unter Beachtung der Ehrfurcht vor dem toten Menschen vorgenommen und auf das notwendige Maß beschränkt.

Ich stimme der Obduktionsklausel zu:

Ja

Nein

**Die Einwilligungserklärungen erfolgen freiwillig. Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Klinikum Bayreuth GmbH, Preuschwitzer Str. 101, 95445 Bayreuth widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Durch die Nichterteilung der Einwilligung/den Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters oder Zahlungspflichtigen