

Wahlleistungsvereinbarung

zwischen

.....
Name, Vorname des Patienten

.....
Geburtsdatum des Patienten

.....
Aufnahmenummer

.....
Postleitzahl

.....
Wohnort des Patienten

.....
Straße und Haus-Nr.

und

der Evangelische Elisabeth Klinik Krankenhausbetriebs gGmbH

(100 % Gesellschafter: Johannesstift Diakonie gAG)

über die Gewährung der nachstehenden angekreuzten **gesondert berechenbaren Wahlleistungen** zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen und im Krankenhausentgelttarif genannten Bedingungen:

- die **ärztlichen Leistungen** aller an der Behandlung beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach GOÄ bzw. GOP in der jeweils gültigen Fassung.

Tarif K.1 „Komfort“ Unterbringung in einem **Einbettzimmer Komfort** **149,00 EUR**
Zuschlag je Berechnungstag

Tarif K.2 „Komfort“ Unterbringung in einem **Zweibettzimmer Komfort** **69,00 EUR**
Zuschlag je Berechnungstag

Tarif B.1 „Basistarif“ Unterbringung in einem **Einbettzimmer Basis** **90,00 EUR**
Zuschlag je Berechnungstag

Tarif B.2 „Basistarif“ Unterbringung in einem **Zweibettzimmer Basis** **45,00 EUR**
Zuschlag je Berechnungstag

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Zimmer des Patienten **78,04 EUR**
(55,00 € Unterkunft zzgl. 5% City Tax und 5 % MwSt+ 15,00 € Verpflegung zzgl. 16% MwSt.)
Zuschlag je Berechnungstag

Hinweise:

- Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden. Es werden die tatsächlich in Anspruch genommenen Wahlleistungen berechnet.
- Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.
- Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 22 Abs. 3 BpflV, § 17 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären

Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

- Die gesondert berechenbaren Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ) erbracht. Eine Durchführung von Leistungen unter Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung kann auch durch nichtärztliche Mitarbeiter erfolgen (z.B. nichtärztliche Therapeuten in den Fachrichtungen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik).

Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der jeweiligen Fachabteilung bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch einen benannten ständigen ärztlichen Vertreter einverstanden. Für eine Behandlung durch den Wahlarzt (oder seinen ständigen ärztlichen Vertreter) verpflichte ich mich zur Zahlung einer zusätzlichen Wahlarztvergütung. Bei einer Verlegung bin ich damit einverstanden, dass der Wahlarzt der jeweilige Chefarzt der Abteilung ist. Einer Behandlung durch andere Ärzte stimme ich zu, zahle dann aber nicht die Wahlarztvergütung.

Liste der in der Evangelischen Elisabeth Klinik tätigen Wahlärzte und ihrer ständigen Vertreter:

Allgemein Chirurgie <input type="checkbox"/> Wahlarzt Chefarzt PD. Dr. med. Maik Kilian	seine ständige Vertreterin Lt. Oberärztin Sima Schahandeh-Stappenbeck
Anästhesie und Intensivmedizin <input type="checkbox"/> Wahlarzt Chefarzt Dr. med. Christoph Melzer-Gartzke	seine ständigen Vertreter Oberärztin Anja-Tamara Lange Oberarzt Dr. med. Thomas Mohr Oberärztin Sabine Bähge
Innere Medizin <input type="checkbox"/> Wahlärztin Chefärztin Dr. med. Angelika Behrens <input type="checkbox"/> Wahlärztin Chefärztin Dr. med. Vera Stiehr	ihre ständigen Vertreter im Oberarzt Dr. med. Friedhart Paul Oberärztin Susanne Fuhr Oberarzt Dr. med. Benedikt Bartholomé
Zentrum Lasermedizin <input type="checkbox"/> Wahlarzt Senior Consultant Dr. med. Carsten M. Philipp <input type="checkbox"/> Wahlärztin Departement Proktologie PD Dr. Corinna Langelotz	seine ständigen Vertreter Chefarzt PD Dr. med. Maik Kilian Oberärztin Dr. med. Margitta Poetke Oberärztin Julia Becker Köhnlein Oberärztin Sima Schahandeh-Stappenbeck Oberärztin Dr. med. Anja Jung
Orthopädie und Unfallchirurgie <input type="checkbox"/> Wahlarzt Chefarzt Friedrich Jahn <input type="checkbox"/> Wahlarzt Departmentleiter Fußchirurgie Andreas Kieselbach <input type="checkbox"/> Wahlarzt Departmentleiter Wirbelsäulenchirurgie Dr. Christoph Gill <input type="checkbox"/> Wahlarzt Departmentleiter Kniegelenkschirurgie Dr. Karsten Moeller <input type="checkbox"/> Wahlarzt Departmentleiter Hüftgelenkschirurgie Dr. Lars Rackwitz	sein ständiger Vertreter Oberarzt Dr. med. Kai Roske
Plastische Chirurgie und Handchirurgie <input type="checkbox"/> Wahlarzt Chefarzt Prof. Dr. med. Markus Küntscher	sein ständiger Vertreter Lt. Oberarzt Dr. med. Sascha Bull
Medizinisches Versorgungszentrum an der Evangelischen Elisabeth Klinik GmbH (Radiologie) <input type="checkbox"/> Wahlarzt Dr. med. Jan Banzer	sein ständiger Vertreter Dr. med. Jens Rudolph

Wichtiger Hinweis:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte im eigenen Interesse, ob bzw. in welcher Höhe Ihre private Krankenversicherung / Beihilfe oder ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V diese Kosten deckt.

Ich bin vor der Unterzeichnung dieses Antrages

- über die Entgelte für die von mir beantragte(n) Wahlleistung(en) auch der Höhe nach,
- über die Berechnung der von mir beantragten ärztlichen Wahlleistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Berücksichtigung der dort bestimmten Minderung der Gebühren um 25 v.H. unterrichtet worden.

Einwilligung zur Datenübermittlung

(nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m.§ 17 Abs. 3 S. 6 KHEntG)

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus externe Abrechnungsstellen mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und dazugehörige Diagnosen erforderlich.

Für den Fall, dass ich die Rechnung nicht, nicht pünktlich oder nicht vollständig begleiche, wird die Klinik / das Krankenhaus / der Arzt / der Zahnarzt / der Therapeut die Forderung zum Einzug und gegebenenfalls zur gerichtlichen Geltendmachung an die Collectia GmbH, Brunnwiesenstraße 4, 94469 Deggendorf und ggf. die ihr angeschlossene rechtsanwaltliche Verbundkanzlei Rechtsanwälte Swoboda & Partner, Albertstraße 8, 93047 Regensburg übergeben und ggf. abtreten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zum Zweck der Einziehung und der ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, ggf. Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc., jedoch keine Gesundheitsdaten, an die Collectia GmbH weitergibt. Insoweit entbinde ich die Klinik / den Arzt / den Therapeut ausdrücklich von seiner ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass die Klinik / der Arzt / der Therapeut die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an die Collectia GmbH zur Forderungsbeitreibung und zur möglicherweise klageweisen Geltendmachung abtritt. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung die Collectia GmbH mir gegenüber als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung, auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben, im Streitfall gegenüber Collectia GmbH zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde (Klinik/ Arzt / /Therapeut als Zeuge vernommen werden kann. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von der Klinik / dem Arzt / dem Therapeut – ggf. elektronisch – erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine oben genannten Daten im Falle der Abtretung und/oder zum Zweck der Einziehung und, falls notwendig, zum Zweck der gerichtlichen Durchsetzung der Forderung an die Collectia GmbH übermittelt und von dieser verarbeitet und genutzt werden.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Der Vertrag unterliegt deutschem Recht.

Berlin,

.....
Ort, Datum, Uhrzeit



.....
Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten: des oder der
Sorgeberechtigten)

.....
Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

.....
Unterschrift des Vertreters

.....
(Name in Druckbuchstaben wiederholen)

Interner Hinweis:

- 1 Original an Patienten
- 1 Scan im KIS