

## Behandlungsvertrag

zwischen

.....  
Name, Vorname des Patienten

.....  
Geburtsdatum des Patienten

.....  
Postleitzahl,

Wohnort des Patienten,

.....  
Straße und Haus-Nr.

und

**der Martin-Luther-Krankenhausbetrieb GmbH**  
(100 % Gesellschafter: Johannesstift Diakonie gAG)

über die vollstationäre/ vor- und nachstationäre Behandlung bzw. ambulante Operationsleistungen und stationäresetende Eingriffe zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und dem jeweils gültigen DRG-Entgelttarif des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen.

Die AVB und der DRG-Entgelttarif konnten vor bzw. bei der Aufnahme in den aufnehmenden Bereichen (administrative Aufnahme, Rettungsstelle, Kreißsaal oder auf der Station) eingesehen werden. Die AVB, den DRG-Entgelttarif und die Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG erkenne ich an.

**Hinweis:**

**Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. gesetzliche Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Leistungen des Krankenhauses bzw. der leistungserbringenden Ärzte verpflichtet.**

**Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind oder ob ein Dritter für die Behandlungskosten aufkommen wird.**

Der Vertrag unterliegt deutschem Recht. Gerichtsstand ist Berlin.

Berlin,

Ort, Datum

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)

**Kontaktdaten des Patienten (freiwillige Angabe):**

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

### Datenübermittlung

#### 1. zwischen Haus-/ weiterbehandelnden Arzt und Krankenhaus

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus meine Behandlungsdaten / Befunde an den von mir benannten Haus-/ weiterbehandelnden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem benannten Haus-/ weiterbehandelnden Arzt.

Ja                       Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten / Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Unterlagen aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt wurden.

Ja                       Nein

Mein Haus-/ weiterbehandelnder Arzt ist:

-----  
(Name und Anschrift des Haus-/ weiterbehandelnden Arztes)

#### 2. an das zuständige Tumorzentrum

Im Falle einer Krebserkrankung erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass meine Krankheitsdaten (Identitätsdaten sowie ärztliche Informationen über die Behandlung und Nachsorge) zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung, zur Krebsforschung und zur onkologischen Qualitätssicherung vom Tumorzentrum Berlin e.V. erfasst und ausgewertet, sowie im Falle meines Hauptwohnsitzes im Land Brandenburg an das Tumorzentrum Land Brandenburg e.V. weitergeleitet werden. Das Tumorzentrum Berlin ist ein Verbund der sich in Berlin mit Krebserkrankungen befassenden Ärzte und Institutionen.

Ja                       Nein

#### 3. an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung

(Nur vom privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!)

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens )

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten maschinenlesbar/ im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V, die je nach Versichertenstatus variieren können:

- Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift,
- Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus,
- 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,
- Datum, Art und Ergebnis der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen, Untersuchungen und Prozeduren,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
- Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Ja                       Nein

Im Falle einer Rechnungsprüfung durch meine Private Krankenversicherung entbinde ich zu diesem Zwecke die Mitarbeiter des Krankenhauses von Ihrer Schweigepflicht bezüglich meines aktuellen Aufenthaltes.

Ja                       Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus bei meiner oben genannten privaten Versicherung Stamm- und Versicherungsdaten (z.B. Adresse, Krankenversicherungsnummer, Versicherungsstatus) anfordern kann.

Ja                       Nein

**4.** Das Krankenhaus hat mit den im Unternehmen verbundenen Krankenhäusern zwei zentrale Rechenzentren eingerichtet, in denen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen personenbezogene Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin damit einverstanden, dass Patientendaten durch das Krankenhaus selbst bzw. die zentralen Rechenzentren gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt oder zu diesem Zweck an im Rahmen der Krankenhausbehandlung beauftragte Dritten weitergegeben werden. Der Krankenhausträger hat diese Dritten ausdrücklich dazu verpflichtet, dass sie die genannten personenbezogenen Patientendaten vertraulich behandeln, die datenschutzrechtlichen Regelungen beachten und ausschließlich für den Krankenhausträger zweckgebunden erheben, verarbeiten und nutzen.

Ja                       Nein

**5. Verfahren zur Qualitätssicherung der Behandlung im Krankenhaus (Peer Review)**

Das Krankenhaus nimmt an Verfahren zur Qualitätssicherung der Behandlung teil. Hierbei werden Ärzte anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen zugezogen und geben bei Bedarf Empfehlungen zur Steigerung der Qualität und zur Verbesserung der Behandlungsabläufe (Peer Review). Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientendaten zur Qualitätssicherung der Behandlung im Krankenhaus erhoben, gespeichert, genutzt sowie Ärzte anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen Einblick in die papierene und elektronische Patientenakte nehmen dürfen.

Ja                       Nein

**6. Versand von Arztbriefen per E-Mail**

Üblicherweise erfolgt die Versendung von Arztbriefen per Post. Auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin bitte ich das Krankenhaus darum, Arztbriefe an mich und meine/n behandelnden Arzt/Ärzte

-----  
Eigene E-Mail-Adresse

-----  
(E-Mail-Adresse(n) des/der behandelnden Arztes/Ärzte)

per E-Mail zu verschicken. Mir ist bekannt, dass bei der unverschlüsselten Versendung von E-Mails nicht ausgeschlossen werden kann, dass Dritte unbefugt von deren Inhalt Kenntnis nehmen. Für Schäden, die auf dem unbefugten Zugriff Dritter beruhen, ist das Krankenhaus nicht verantwortlich und nicht haftbar, es sei denn, die Ursache ist auf ein Verschulden des Krankenhauses zurückzuführen. Arztbriefe enthalten personenbezogene Daten, z.B. Informationen über meinen Gesundheitszustand. Diese Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auf Informationen über meinen Gesundheitszustand.

Ja                       Nein

**7. Versand von Patientendaten per Fax**

Das Krankenhaus nutzt die Telefax-Technik zur Datenübermittlung und Übersendung von personenbezogenen Daten an Krankenkassen und Leistungserbringer. Beim Versenden per Fax kann es zu Irrläufern bzw. Fehlleitungen kommen. Ich bin damit einverstanden, dass die Datenübermittlung und Übersendung mich betreffender Behandlungsdaten und Befunde zwischen meiner Krankenkasse, meinem Haus-/ weiterbehandelnden Arzt und anderen Leistungserbringern und dem Krankenhaus per Telefax und/oder E-Mail erfolgt.

Ja                       Nein

**8. Verarbeitung der Patientendaten bei der Clearingstelle**

Das Krankenhaus erbringt auch für nichtversicherte, mittellose Patienten (u.a. deutsche Staatsangehörige, Ausländer ohne Aufenthaltsstatus, nichtversicherte EU-Bürger und Drittstaatler) wesentliche medizinische Leistungen. Um diese Leistungen zu vergüten und um Menschen ohne eigenen, geregelten Zugang zum Gesundheitssystem zu einer gesundheitlichen Versorgung zu verhelfen, wurde in Berlin ab dem 01.09.2018 die Clearingstelle (bei der Berliner Stadtmission, Lehrter Str. 68, 10577 Berlin) eingerichtet. Diese übernimmt die Behandlungskosten, sofern kein Kostenträger gefunden wird. Ich mit der Übermittlung, Verarbeitung und Übersendung mich betreffender Behandlungsdaten, die im Rahmen der medizinischen Behandlung erhoben werden, an die Clearingstelle einverstanden.

**Bitte beachten Sie:** Sofern Sie nichtversichert und mittellos sind, haben Sie sich im Nachgang zur medizinischen Behandlung an die Clearingstelle zur Klärung des Krankenversicherungsanspruches zu wenden.

Ja                       Nein

**Diese Einwilligungserklärungen (1. – 8.) sind freiwillig und können jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft gegenüber dem Krankenhaus in Textform (z. B. Fax oder per E-Mail an [info.martin-luther@pgdiakonie.de](mailto:info.martin-luther@pgdiakonie.de)) bei der verantwortlichen Stelle widerrufen werden. Mir ist auch bekannt, dass ich die Einwilligung verweigern kann. In diesem Fall sowie im Fall des Widerrufs findet künftig keine Datenübermittlung statt. Mir ist ferner bekannt, dass im Falle des Widerrufs künftig keine Versendung per E-Mail und/oder Fax erfolgt.**

**Verantwortliche Stelle:** Martin-Luther-Krankenhaus  
Patientenmanagement  
Caspar-Theyß-Straße 27 – 31  
14193 Berlin

### Hinweis auf Datenverarbeitung

1.

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Behandlungsvertrages Daten über meine Person, meinen Versichertenstatus sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen, die radiologische Daten speichern, verarbeiten und nutzen sowie sonstige Dritte, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung bei meiner Behandlung beauftragt werden) übermittelt werden können. Dies umfasst auch die Beratung der behandelnden Ärzte durch Dritte nicht unmittelbar an der Behandlung beteiligte Ärzte zum Zwecke der Therapieplanung (z. B. interdisziplinäre Fallkonferenzen sowie Tumorkonferenzen).

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

- Name, Geschlecht und Nationalität, Geburtsdatum, Anschrift,
- Krankenversicherungsnummer,
- Versichertenstatus,
- 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,
- Datum, Art und Ergebnis der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen, Untersuchungen und sonstigen Prozeduren,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
- Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

2.

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.

### Patienteninformation zur Datenerhebung im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bei gesetzlich versicherten Patienten, die sich einer Behandlung im Krankenhaus unterziehen müssen (Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperativer Wundinfektionen, Herzschrittmacher-, Hüft- oder Knieendoprothesenoperationen, Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie)

Alle Krankenhäuser, Vertragsärzte und Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Behandlungsdaten ihrer Patientinnen und Patienten für die Qualitätssicherung zu Behandlungen im Krankenhaus an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dessen Qualitätsinstitut zu übermitteln. Die Krankenhäuser, Arztpraxen und Krankenkassen senden zu diesem Zweck ausgewählte Behandlungsdaten aus Ihrem Krankenhausaufenthalt/Ihrer ambulanten Operation zusammen mit Ihrer Kranken-

versicherten-Nummer verschlüsselt über eine sogenannte Vertrauensstelle an das Qualitätsinstitut des G-BA. Die Vertrauensstelle wandelt dabei Ihre Krankenversicherungsnummer in ein Pseudonym um. Hierbei werden strengste Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen beachtet. Sie gewährleisten, dass anhand der Daten keine Rückschlüsse auf Sie persönlich als Patientin/Patient gezogen werden können.

Behandlungsdaten, die erhoben werden, sind Informationen, wie z. B. Ihre Krankheitsgeschichte, die Art der Operation oder die Diagnose, die zu diesem Eingriff führte. Zusätzlich werden Daten Ihrer Krankenkasse verwendet, die den weiteren Verlauf bis zu einem Jahr nach Ihrer Operation zeigen.

Der G-BA hat dazu ein ausführliches Informationsblatt unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht, das wir Ihnen auf Wunsch gerne aushändigen.

Berlin,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht:

Unterschrift des Vertreters

(Name in Druckbuchstaben wiederholen)

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Interner Hinweis

Scan -> KIS

1 Original verbleibt in der Patientenaufnahme

1 Kopie an Patienten

1 Kopie an Patientenbuchhaltung