

Wahlleistungsvereinbarung

Zwischen dem **Klinikum Fürth** und dem oben genannten Patienten¹⁾ wird zu den in den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und dem Krankenhausentgelttarif der jeweils gültigen Fassung des Klinikums Fürth genannten Bedingungen über die Gewährung der nachstehenden angekreuzten **gesondert berechenbaren Wahlleistungen**

Patientenetikett

ab _____ folgende Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen:

Beginn der Wahlleistung

- (1) **Wahlarztleistung / Wahlarztleistung bei gesunden Neugeborenen**
 Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden vom leitenden Arzt¹⁾ der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich erbracht; im Verhinderungsfall übernimmt die Aufgaben des leitenden Arztes sein Stellvertreter. Die Liquidation erfolgt durch die Chefärzte auf Grund der Bestimmungen der GOÄ. Eine GOÄ liegt in den Chefarztsekretariaten bzw. in unserer Patientenaufnahme zur Einsicht auf.
- (2) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **91,97 €**
- (3) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer Frauenklinik** Zuschlag je Berechnungstag: **92,06 €**
- (4) Unterbringung in einem **1-Bett-Turmzimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **100,83 €**
- (5) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer Station 28** Zuschlag je Berechnungstag: **104,20 €**
- (6) Unterbringung in einem **1-Bett-Komfortzimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **106,36 €**
- (7) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **50,68 €**
- (8) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer Frauenklinik** Zuschlag je Berechnungstag: **49,63 €**
- (9) Unterbringung in einem **2-Bett-Turmzimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **57,32 €**
- (10) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer Station 28** Zuschlag je Berechnungstag: **59,47 €**
- (11) Unterbringung in einem **2-Bett-Komfortzimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **60,65 €**
- (12) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer Geriatrie** Zuschlag je Berechnungstag: **46,68 €**
- (13) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer Geriatrie** Zuschlag je Berechnungstag: **12,16 €**
- (14) Unterbringung und Verpflegung einer **Begleitperson mit med. Begründung:** Kosten übernimmt Kostenträger des Patienten
- (15) Unterbringung und Verpflegung einer **Begleitperson ohne med. Begründung:**
- Unterbringung Erwachsener in der Kinderklinik Zuschlag je Berechnungstag: **20,00 €**
(zzgl. gesetzl. MwSt.)
 - Unterbringung Erwachsener im Haupthaus Zuschlag je Berechnungstag: **60,00 €**
(zzgl. gesetzl. MwSt.)
 - Unterbringung Erwachsener im Familienzimmer Zuschlag je Berechnungstag: **18,69 €**
(zzgl. gesetzl. MwSt.)
 - Unterbringung eines Kindes Zuschlag je Berechnungstag: **20,00 €**
(zzgl. gesetzl. MwSt.)

Die Wahlleistungsvereinbarung gilt nur im Zusammenhang mit dem Behandlungsvertrag. Die im Behandlungsvertrag enthaltenen Hinweise und Erklärungen bzgl. Datenschutz gelten auch für die Wahlleistungsvereinbarung.

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, ob Ihre private Krankenversicherung / Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

¹⁾ Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen weibliche Personen ein.

Ich habe von dem Hinweis bei fehlendem Krankenversicherungsschutz Kenntnis genommen und verpflichte mich gleichzeitig beim Eintreten dieses Falles, die Kosten für Wahlleistungen selbst zu begleichen.

Im Falle einer nicht fristgerechten Zahlung müssen die für die Beitreibung des geschuldeten Rechnungsbetrages erforderlichen Daten an ein Rechtsanwaltsbüro / Inkassounternehmen weitergeleitet werden.

Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung:

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch (Datenübermittlung nach § 17 c Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)).

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

Fürth, _____ Datum ja nein

 Unterschrift des Patienten¹⁾ (bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten) Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters¹⁾ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters¹⁾

Einverständniserklärung zur Privatliquidation bei Wahlarztleistungen:

Für die Erstellung und Bearbeitung der Rechnungsangelegenheiten, bei Wahlarztleistungen sowie dem Inkasso der Forderungen aus privatärztlicher Abrechnung, wird folgende Verrechnungsstelle beauftragt:

Liquidationsberechtigter Arzt	Fachbereich	Verrechnungsstelle
Dr. Gläbel Prof. Dr. Rupprecht PD Dr. Wölfel Prof. Dr. Worth PD Dr. Reinhardt Prof. Dr. Klinge Prof. Dr. Gmeinwieser Prof. Dr. Dworak PD Dr. Blana PD Dr. Dormann Ärzte der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Fürther Freiheit	Anästhesie/Intensivmedizin Chirurgische Klinik 1 Chirurgische Klinik 2 Medizinische Klinik 1 Neurologie Pädiatrie Radiologie Pathologie Urologie Zentrale Notaufnahme Nuklearmedizin	Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer Am Plärrer 35 90443 Nürnberg
Prof. Dr. Hanf Prof. Dr. Schneider	Gynäkologie Medizinische Klinik 2	BFS - Health Finance GmbH Schleefstr. 1 · 44287 Dortmund

Diese Verrechnungsstelle unterliegt ebenfalls den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Sie bürgt für eine sachgemäße Bearbeitung der Liquidation.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie als Patient bzw. als Hauptversicherter bis auf Widerruf Ihr Einverständnis zur Rechnungsstellung und Weiterleitung der hierfür notwendigen personenbezogenen Patientendaten an diese Verrechnungsstelle. Zusätzlich geben Sie Ihre Zustimmung zum Honorareinzug.

Fürth, _____ Datum Ich handle als Vertreter¹⁾ mit Vertretungsmacht.

 Unterschrift des Patienten¹⁾ (bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten) Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters¹⁾ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters¹⁾

¹⁾ Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen weibliche Personen ein.

Wahlleistungsvereinbarung

Zwischen dem **Klinikum Fürth** und dem oben genannten Patienten¹⁾ wird zu den in den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und dem Krankenhausentgelttarif der jeweils gültigen Fassung des Klinikums Fürth genannten Bedingungen über die Gewährung der nachstehenden angekreuzten **gesondert berechenbaren Wahlleistungen**

Patientenetikett

ab _____ folgende Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen:
Beginn der Wahlleistung

- (1) **Wahlarztleistung / Wahlarztleistung bei gesunden Neugeborenen**
Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden vom leitenden Arzt¹⁾ der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich erbracht; im Verhinderungsfall übernimmt die Aufgaben des leitenden Arztes sein Stellvertreter. Die Liquidation erfolgt durch die Chefärzte auf Grund der Bestimmungen der GOÄ. Eine GOÄ liegt in den Chefarztsekretariaten bzw. in unserer Patientenaufnahme zur Einsicht auf.
- (2) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **91,97 €**
- (3) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer Frauenklinik** Zuschlag je Berechnungstag: **92,06 €**
- (4) Unterbringung in einem **1-Bett-Turmzimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **100,83 €**
- (5) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer Station 28** Zuschlag je Berechnungstag: **104,20 €**
- (6) Unterbringung in einem **1-Bett-Komfortzimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **106,36 €**
- (7) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **50,68 €**
- (8) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer Frauenklinik** Zuschlag je Berechnungstag: **49,63 €**
- (9) Unterbringung in einem **2-Bett-Turmzimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **57,32 €**
- (10) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer Station 28** Zuschlag je Berechnungstag: **59,47 €**
- (11) Unterbringung in einem **2-Bett-Komfortzimmer** Zuschlag je Berechnungstag: **60,65 €**
- (12) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer Geriatrie** Zuschlag je Berechnungstag: **46,68 €**
- (13) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer Geriatrie** Zuschlag je Berechnungstag: **12,16 €**
- (14) Unterbringung und Verpflegung einer **Begleitperson mit med. Begründung:** Kosten übernimmt Kostenträger des Patienten
- (15) Unterbringung und Verpflegung einer **Begleitperson ohne med. Begründung:**
- Unterbringung Erwachsener in der Kinderklinik Zuschlag je Berechnungstag: **20,00 €**
(zzgl. gesetzl. MwSt.)
 - Unterbringung Erwachsener im Haupthaus Zuschlag je Berechnungstag: **60,00 €**
(zzgl. gesetzl. MwSt.)
 - Unterbringung Erwachsener im Familienzimmer Zuschlag je Berechnungstag: **18,69 €**
(zzgl. gesetzl. MwSt.)
 - Unterbringung eines Kindes Zuschlag je Berechnungstag: **20,00 €**
(zzgl. gesetzl. MwSt.)

Die Wahlleistungsvereinbarung gilt nur im Zusammenhang mit dem Behandlungsvertrag. Die im Behandlungsvertrag enthaltenen Hinweise und Erklärungen bzgl. Datenschutz gelten auch für die Wahlleistungsvereinbarung.

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, ob Ihre private Krankenversicherung / Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

¹⁾ Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen weibliche Personen ein.

Ich habe von dem Hinweis bei fehlendem Krankenversicherungsschutz Kenntnis genommen und verpflichte mich gleichzeitig beim Eintreten dieses Falles, die Kosten für Wahlleistungen selbst zu begleichen.

Im Falle einer nicht fristgerechten Zahlung müssen die für die Beitreibung des geschuldeten Rechnungsbetrages erforderlichen Daten an ein Rechtsanwaltsbüro / Inkassounternehmen weitergeleitet werden.

Einwilligung in die Datenübermittlung an ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung:

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch (Datenübermittlung nach § 17 c Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)).

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

Fürth, _____ Datum ja nein

Unterschrift des Patienten¹⁾ (bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten) Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters¹⁾ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters¹⁾

Einverständniserklärung zur Privatliquidation bei Wahlarztleistungen:

Für die Erstellung und Bearbeitung der Rechnungsangelegenheiten, bei Wahlarztleistungen sowie dem Inkasso der Forderungen aus privatärztlicher Abrechnung, wird folgende Verrechnungsstelle beauftragt:

Liquidationsberechtigter Arzt	Fachbereich	Verrechnungsstelle
Dr. Gläbel Prof. Dr. Rupprecht PD Dr. Wölfel Prof. Dr. Worth PD Dr. Reinhardt Prof. Dr. Klinge Prof. Dr. Gmeinwieser Prof. Dr. Dworak PD Dr. Blana PD Dr. Dormann Ärzte der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Fürther Freiheit	Anästhesie/Intensivmedizin Chirurgische Klinik 1 Chirurgische Klinik 2 Medizinische Klinik 1 Neurologie Pädiatrie Radiologie Pathologie Urologie Zentrale Notaufnahme Nuklearmedizin	Verrechnungsstelle für Ärzte Oswald Helmsauer Am Plärrer 35 90443 Nürnberg
Prof. Dr. Hanf Prof. Dr. Schneider	Gynäkologie Medizinische Klinik 2	BFS - Health Finance GmbH Schleefstr. 1 · 44287 Dortmund

Diese Verrechnungsstelle unterliegt ebenfalls den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Sie bürgt für eine sachgemäße Bearbeitung der Liquidation.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie als Patient bzw. als Hauptversicherter bis auf Widerruf Ihr Einverständnis zur Rechnungsstellung und Weiterleitung der hierfür notwendigen personenbezogenen Patientendaten an diese Verrechnungsstelle. Zusätzlich geben Sie Ihre Zustimmung zum Honorareinzug.

Fürth, _____ Datum Ich handle als Vertreter¹⁾ mit Vertretungsmacht.

Unterschrift des Patienten¹⁾ (bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten) Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters¹⁾ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters¹⁾

¹⁾ Die männliche Form bezieht im nachfolgenden Text immer gleichermaßen weibliche Personen ein.