

Behandlungsvertrag

Zwischen

Platz für Patientenaufkleber mit Angabe von:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

und der Katholischen Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth als Rechtsträgerin des Krankenhauses St. Joseph-Stift Dresden

über die vollstationäre/ teilstationäre/ vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses vom 01.07.2003 und den im DRG-Entgelttarif genannten Bedingungen.

Hinweis:

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Datum

Unterschrift Krankenhaus

Unterschrift Patient oder Vertreter

Empfangsbekanntnis

Ich habe jeweils eine Ausfertigung

- des Behandlungsvertrages
- der Informationen des Krankenhauses St. Joseph-Stift Dresden zum Umgang mit Patientendaten
- der Walleistungsvereinbarung

erhalten.

Eine Ausfertigung

- der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- des DRG-Entgelttarifs

wurde mir vorgelegt. Ich kann sie jederzeit einsehen, auf Wunsch erhalte ich eine Kopie.

Datum

Unterschrift Patient oder Vertreter