

# Behandlungsvertrag

zwischen Herrn/ Frau

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift
Patientenaufkleber

und der Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden GmbH,  
Wintergartenstraße 15/17, 01307 Dresden; vertreten durch den Geschäftsführer,  
dieser vertreten durch den unterzeichnenden Mitarbeiter

über die vollstationäre/teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung.

1. Die allgemeinen Vertragsbedingungen, der DRG-Entgelttarif (können im Aufnahmeordner Wartebereich und auf Webseite eingesehen werden) und die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne Sie an.  
 ja                       nein
2. Mir ist bekannt, dass während meiner Krankenhausbehandlung persönliche und medizinische Daten aufgezeichnet werden, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist. Diese Daten zu meiner Person unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datengeheimnis. Sie werden nur von Mitarbeitern des Krankenhauses St. Joseph-Stift Dresden sowie weiteren an der Behandlung beteiligten medizinischen Einrichtungen verwendet (z.B. auch Tumorboard). Rechtsgrundlage ist § 33 Sächsisches Krankenhausgesetz (siehe dazu auch Information zur Datenverarbeitung auf Seite 3).
3. Ich bin einverstanden, dass meine Behandlungsdaten an den unten genannten Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden. Das Krankenhaus kann bei diesem Arzt und weiteren mich behandelnden Ärzten und Institutionen evtl. vorliegende Behandlungsdaten anfordern. Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V teile ich dem Krankenhaus meinen Hausarzt bzw. weiterbehandelnden Arzt mit:  
 ja                       nein

Name/ Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Sollte kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz bestehen, ist der Patient dem Krankenhaus gegenüber ein sogenannter Selbstzahler. Ebenso verhält es sich, nimmt er Wahlleistungen in Anspruch, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht abgedeckt sind. Die Krankenhausverwaltung wird ermächtigt, die Kostenübernahme beim Sozialhilfeträger zu beantragen. Dies geschieht unter Angabe der dafür erforderlichen Daten über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse.
5. **Für Selbstzahler:** Ich stimme der direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Versicherung zu. Hierfür willige ich ein, dass die Daten nach § 301 SGB V durch das Krankenhaus an meine Versicherung übermittelt werden.  
 ja                       nein
6. Ich wurde über das Tragen eines Patienten-Identifikationsarmbandes während meines Aufenthaltes aufgeklärt. Das Armband enthält folgende Informationen: **Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Fallnummer**. Damit erkläre ich mich einverstanden.  
 ja                       nein
7. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass an Dritte (z. B. Angehörige, Verwandte und Bekannte) Auskunft über den Krankenhausaufenthalt (Station sowie Telefonnummer) erteilt werden kann:  
 ja                       nein

# Behandlungsvertrag

8. Die Krankenhauseelsorge steht mir auf eigenen Wunsch für eine seelische und spirituelle Begleitung während meines Aufenthaltes zur Verfügung. Um diese in Anspruch nehmen zu können, bin ich mit der Weitergabe meines Namens an die Krankenhauseelsorge einverstanden.
- ja  nein
9. Ich willige gemäß §33 Abs. 2 Nr. 4 Sächs KHG ein, dass meine im Krankenhaus erhobenen Bild- und Befunddaten sowie Angaben zu Vorerkrankungen und Medikationen, sofern erforderlich, zu Konsultationszwecken, insbesondere aber auch in Notfallsituationen in verschlüsselter Form elektronisch übertragen und digital gespeichert werden: (\*)
- ja  nein
10. Das Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden organisiert und vermittelt gegebenenfalls eine notwendige weitergehende medizinische und/ oder pflegerische Versorgung nach der Entlassung. Dies geschieht ausschließlich in Absprache mit mir oder ggf. mit meinen Angehörigen/ Bevollmächtigten. Eine Übermittlung meiner Daten erfolgt, um einen möglichst reibungslosen Übergang in die häusliche Versorgung sicherzustellen.

Sollte eine nachstationäre Weiterversorgung von Nöten sein, so willige ich in eine Datenübermittlung an die folgenden externen Partner ein:

Auf die Folgen bei Nichterteilung wie unzureichend gedeckter Versorgungsbedarf nach Entlassung, Gefährdung des Behandlungsergebnisses und eine mögliche ungeplante stationäre Wiederaufnahme wird hiermit hingewiesen. Bitte kreuzen Sie für Sie Zutreffendes an!

- Pflegedienste / Pflegeheime / Kurzzeitpflegeeinrichtungen**
- Informationen über erforderliche Leistungen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden
  - Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen zum Versorgungsbedarf
- Die übermittelten Daten enthalten Angaben zu:
- Personalien des Betroffenen
  - Angehörige / Bezugsperson / gerichtlich bestellter Betreuer / Bevollmächtigter
  - Unterstützungs- / Versorgungsbedarf
  - ggf. Diagnosen/ Verläufe/ medizinische Befunde
- Hilfsmittelversorger / Fachberater (Wund-, Stomaversorger, Ernährungstherapeuten)**
- Informationen über erforderliche Leistungen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden
- Die übermittelten Daten enthalten Angaben zu:
- Personalien des Betroffenen
  - Unterstützungs- / Versorgungsbedarf
- Krankenkassen/ Beihilfe/ Heilfürsorge  
Berufsgenossenschaft  
Rentenversicherung**
- Kostenklärung
- Die übermittelten Daten enthalten Angaben zu:
- Personalien des Betroffenen
  - Unterstützungs- / Versorgungsbedarf

Diese Einwilligungen erfolgen freiwillig und können von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Stimme ich der Datenübermittlung nicht zu, so wurde ich auf die Folgen hingewiesen. Dazu gehören unzureichend gedeckter Versorgungsbedarf nach Entlassung, Gefährdung des Behandlungsergebnisses und eine mögliche ungeplante stationäre Wiederaufnahme.

11. Ich akzeptiere, dass das Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden für persönliches Eigentum und Wertgegenstände in meiner Selbstverwaltung keine Haftung übernimmt.

Weiterhin akzeptiere ich, dass von mir mitgebrachte medizinische Geräte (z.B. Heimbeatmungsgeräte, etc.) nur von mir, meinen Angehörigen oder explizit eingewiesenem Personal bedient werden können.

# Behandlungsvertrag



Dresden, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Dresden, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Krankenhaus

|

## Informationen zur Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der persönlichen Daten ist die Anordnung über den kirchlichen Datenschutz (KDO) in Verbindung mit weitergehenden gesetzlichen Vorschriften. Im Rahmen des mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Behandlungsvertrages werden Daten zur Person, zum sozialen Status sowie medizinische Daten (sofern für die Behandlung notwendig) gespeichert, verarbeitet und genutzt. Diese werden zudem im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte übermittelt (z.B. Kostenträger, weiter-/ mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung). Die Weitergabe dieser Daten darf ausschließlich im Rahmen der medizinischen Behandlung und zum Zwecke der Rechnungserstellung bzw. Rechnungsprüfung sowie zur Durchführung eines eventuellen Forderungseinzuges erfolgen. Zu diesem Zweck kann die Forderung auch gemäß §398 BGB an einen Dritten abgetreten werden, d. h. der Dritte ist berechtigt, die Forderung im eigenen Namen geltend zu machen. Das Krankenhaus ist zudem verpflichtet, Daten in Verbindung mit Tumor- und meldepflichtigen Infektionserkrankungen an die zuständigen Stellen zu übermitteln (Infektionsschutzgesetz, Sächsisches Ausführungsgesetz zum Krebsregistergesetz).

Im Regelfall werden folgende Daten weitergegeben, die je nach Versichertenstatus variieren können:

- Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus
- Tag, Uhrzeit, Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose (nachfolgende Diagnosen bei Änderung der Aufnahmediagnose)
- voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung und (falls diese überschritten wird) auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung; Datum und Art der im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren
- Tag, Uhrzeit und Grund der Entlassung oder Verlegung sowie die für die Behandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution
- Angaben über die im Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Gemäß § 13 KDO hat jeder Patient das Recht, kostenfrei Auskunft darüber zu erhalten, welche Daten zur Person gespeichert wurden sowie welche Personen oder Institutionen personenbezogene Daten erhalten haben. Zudem hat jeder Patient das Recht zur Einsichtnahme in seine Krankenakte, wobei ein behandelnder Arzt zur Verfügung steht. Ein Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen besteht nicht, es können jedoch kostenpflichtige Kopien angefordert werden. Die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen wird durch unseren Datenschutzbeauftragten überwacht.

Die Behandlungsdaten/Befunde werden durch das Krankenhaus an den vom Patienten benannten Hausarzt/ weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt. Zudem kann das Krankenhaus bei diesem Arzt evtl. vorliegende Behandlungsdaten/Befunde (soweit für die Krankenhausbehandlung erforderlich) anfordern. Die Benennung des Hausarztes bzw. weiterbehandelnden Arztes durch den Patienten erfolgt gemäß § 73 Abs. 1b SGB. Danach muss das Krankenhaus jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Hausarzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche und widerrufbare Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich.

(\*) Durch die elektronische Übermittlung und Nutzung ist zeitnah eine Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsfindung durch medizinisches Personal anderer Fachkliniken möglich. Hierfür ist eine Einwilligung aus freier Entscheidung gemäß §33 Abs. 2 Nr. 4 SächsKHG erforderlich.