

Behandlungsvertrag für gesetzlich Versicherte

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 (Anlage Behandlungsvertrag) 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).

3. Ich erkläre mich gemäß § 8 KDG i.V.m. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a,h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V. m. § 73 Abs. 1b SGB V damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und mitbehandelnde Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt (auch auf elektronischem Weg in verschlüsselter Form). Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt und mitbehandelnden Ärzten.

ja nein

4. Ferner bin ich gemäß § 8 KDG i.V.m. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a,h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V. m. § 73 Abs. 1b SGB V damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt und mitbehandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes und mitbehandelnder Ärzte zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja nein

Diese Einwilligungserklärung gilt für folgende Ärzte:

Name/Anschrift: _____

Behandlungsvertrag für gesetzlich Versicherte

5. 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.

6. 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

7. 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

8. 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

9. Das Krankenhaus ist verpflichtet, Daten in Verbindung mit Tumor- und meldepflichtigen Infektionserkrankungen an die zuständigen Stellen zu übermitteln (Infektionsschutzgesetz, Sächsisches Krebsregistergesetz). Dies betrifft Daten zum aktuellen Therapiestand, Status der Erkrankung und ggf. behandlungsspezifischer Therapie.

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 Nachversorgung sicherzustellen, Versorgungsbrüche zu vermeiden, den Versorgungsbedarf zu übermitteln und zur Kostenklärung. Ohne die Weitergabe Ihrer Daten an die weiteren Versorgungseinrichtungen ist die besteht die Möglichkeit von unzureichend gedecktem Versorgungsbedarf nach Entlassung, der Gefährdung des Behandlungsergebnisses und einer ungeplanten stationären Wiederaufnahme.

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

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pflegedienste / Pflegeheime / Kurzzeitpflegeeinrichtungen |
| ja | nein | Die übermittelten Daten enthalten Angaben zu: |
| | | – Personalien des Betroffenen |
| | | – Angehörige / Bezugsperson / gerichtlich bestellter Betreuer / Bevollmächtigter |
| | | – Versorgungsbedarf |
| | | – ggf. Diagnosen/ Verläufe/ medizinische Befunde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hilfsmittelversorger / Fachberater (Wund-, Stomaversorger, Ernährungstherapeuten) |
| ja | nein | Die übermittelten Daten enthalten Angaben zu: |
| | | – Personalien des Betroffenen |
| | | – Versorgungsbedarf |

Behandlungsvertrag für gesetzlich Versicherte



ja nein **Krankenkassen/ Beihilfe/ Heilfürsorge; Berufsgenossenschaft;
Rentenversicherung**

Die übermittelten Daten enthalten Angaben zu:

- Personalien des Betroffenen
- Versorgungsbedarf

11. Ich akzeptiere, dass das Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden für persönliches Eigentum und Wertgegenstände in meiner Selbstverwaltung keine Haftung übernimmt.
12. 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.
13. 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

14. Meine Einwilligung ist freiwillig. Sofern sie keine Einwilligung erteilen, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile. Zudem wurde ich darüber belehrt, dass diese Einverständniserklärung freiwillig erfolgt. Ich kann die Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich wurde vor der Abgabe meiner Einwilligung hiervon in Kenntnis gesetzt. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen.

Dresden, _____ Datum _____ Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter _____ Unterschrift Krankenhaus

(*) 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.