

## Behandlungsvertrag

für die voll- / teil- / vor- und nachstationäre Behandlung sowie für ambulante Operationsleistungen.

**Patient:**

.....  
Nachname, Vorname des Patienten

.....  
Geburtsdatum des Patienten

.....  
Anschrift

**Patientenetikett**

- Hiermit beantrage ich für mich / den obigen Patienten die Aufnahme in das Universitätsklinikum Aachen (UKA) zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und den im Entgeltkatalog sowie im DRG-Entgeltkatalog in der jeweils geltenden Fassung genannten Bedingungen.
  
- Zusätzlich** zu den allgemeinen Krankenhausleistungen beantrage ich für mich / den obigen Patienten folgende, **gesondert berechenbare Wahlleistungen** zu den im Entgeltkatalog genannten Bedingungen.
  - Wahlleistung Unterkunft Einbettzimmer - bei Nichtverfügbarkeit eines Einbettzimmers gilt die Wahlleistung Unterkunft Zweibettzimmer Komfort
  - Wahlleistung Unterkunft Zweibettzimmer Komfort
  - Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
  - Multimedia

**Hinweise:**

Die mit der Wahlleistung Unterkunft verbundenen Komfortelemente bedingen die Weitergabe von Namen, Geburtsdatum und ggfs. gemeldeten Nahrungsmittelallergien- bzw. -unverträglichkeiten an das Café Grün im UKA als Erbringer von einigen Komfortleistungen. Mit Beantragung der Wahlleistungen willigt der Patient in die Weitergabe dieser Daten ein und entbindet die zuständigen Mitarbeiter/innen des UKA entsprechend von der Schweigepflicht gem. § 203 StGB. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem UKA und dem Café Grün statt. Die Widerrufserklärung ist an das UKA zu richten. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

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 (bspw. gesetzliche Krankenkasse etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten: des o. der Sorgeberechtigten)

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Sorgeberechtigten/Vertreters

Der vorstehende Antrag wird vom Universitätsklinikum Aachen angenommen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Mitarbeiters Universitätsklinikum Aachen