

Patientenetikett oder

Name des Patienten / der Patientin

Vorname des Patienten / der Patientin

Geburtsdatum des Patienten / der Patientin

- Ich beantrage: für mich
 für meine Ehefrau /
für meinen Ehemann
 für mein Kind
 für

Die private, persönliche Beratung und Behandlung durch den liquidationsberechtigten Klinikdirektor,

Herrn / Frau Universitätsprofessor Dr.

Name des Wahlarztes

Falls er aus einem zwingenden Grund verhindert ist, bin ich mit der Vertretung durch einen anderen Arzt bzw. Zahnarzt seiner Klinik einverstanden. Die Namen der als Vertreter infrage kommenden Ärzte sind mir vor Abschluss dieses Wahlarztvertrages schriftlich bekanntgemacht worden. Eine entsprechende Übersicht habe ich erhalten.

Ich bin darüber informiert worden, dass

1. der Klinikdirektor das Honorar für die privatärztliche Behandlung in seiner Klinik gesondert in Rechnung stellt.
2. sich die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Universitätsklinikums Aachen bezieht, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Universitätsklinikums. Als wahlärztliche Leistungen gelten auch Leistungen, die unter Aufsicht des leitenden Arztes nach fachlicher Weisung von nichtärztlichen Therapeuten erbracht werden.
3. die Kosten der Krankenhausleistungen an die Verwaltung des Universitätsklinikums Aachen zu zahlen sind.
4. die angestellten oder beamteten liquidationsberechtigten Ärzte (Direktoren) bzw. die zur privatärztlichen Leistung verpflichteten angestellten oder beamteten Ärzte, bei denen die Liquidation durch das Universitätsklinikum vorgenommen wird, die ärztlichen / zahnärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnen, sofern sie mit dem Zahlungspflichtigen nichts anderes vereinbart haben. Eine gesonderte Unterrichtung über die Entgelte der Wahlleistungen erfolgt durch schriftliche Information sowie durch den liquidationsberechtigten Klinikdirektor.

Eine mir ausgehändigte schriftliche Information über die Entgelte der Wahlleistungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Aachen, den _____
(Datum, Unterschrift d. Patienten / -in, d. gesetzlichen Vertreters oder Beauftragten)

Ich willige ein, dass

der Wahlarzt und weitere an der Behandlung beteiligte angestellte oder beamtete liquidationsberechtigte Ärzte bzw. zur privatärztlichen Leistung verpflichteten Ärzte, bei denen die Liquidation durch das Universitätsklinikum vorgenommen wird, privatärztliche Verrechnungsstellen bzw. das Universitätsklinikum Aachen mit der Liquidation ihrer Honorare beauftragen und diesen Stellen die hierfür erforderlichen Daten übermitteln. Die dortigen Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Eine Übersicht der Verrechnungsstellen habe ich erhalten. Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger 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.

Ich übernehme die Haftung

für die Begleichung der aus diesem Vertrag entstehenden Forderungen auch insoweit, als ich die Wahlleistung nicht für mich selbst beantrage. Meine Verpflichtung zur Entrichtung des Behandlungsentgeltes besteht ungeachtet einer vollen oder teilweisen Übernahme bzw. Zahlung durch Dritte.

Name, Vorname und Anschrift des Antragstellers oder der Antragstellerin

Eine Ausfertigung dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Aachen, den _____
(Datum, Unterschrift d. Patienten / -in, d. gesetzlichen Vertreters oder Beauftragten)

Aufgenommen _____
(Datum, Verwaltung des Universitätsklinikums Aachen)

Die gewünschte Wahlleistung wird von mir durchgeführt:

Aachen, den _____
(Datum, Unterschrift des Klinikdirektors)

Stand: 2020-04