

Vertretungsvereinbarung

Am _____ wurde mir durch Herrn/Frau _____ mitgeteilt, dass der
Wahlarzt der Klinik/Fachabteilung Herr/Frau _____ in der Zeit vom
_____ bis _____ verhindert ist und deshalb die in dieser Zeit bei mir vorgesehene
Behandlung nicht persönlich durchführen kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich angesichts dieser Situation die Wahl habe, die vorge-
sehene wahlärztliche Behandlung

- bis zur Rückkehr oder bis zum Wegfall der Verhinderung des Wahlarztes zu ver-
schieben (**Variante 1**)
- als allgemeine Krankenhausleistung – ohne Wahlleistungsvereinbarung – durch
den jeweiligen diensthabenden Arzt durchführen zu lassen (**Variante 2**)
- durch den Vertreter des Wahlarztes Herrn/Frau Dr. med. _____ zu
den Konditionen der bereits unterzeichneten Wahlleistungsvereinbarung
vornehmen zu lassen (**Variante 3**)

In Kenntnis der Möglichkeiten entscheide ich mich für

- Variante 1
 Variante 2
 Variante 3

(zutreffende Variante bitte ankreuzen)

Aachen, den _____

Unterschrift d. Patienten/-in bzw. seines Vertreters

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter/-in