

Behandlungsvertrag

zwischen

.....
Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift des Patienten

und

Barmherzige Brüder Trier gGmbH

als Rechtsträger des **Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier**

über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den **AVB des Krankenhauses** vom **01.10.2014** niedergelegten Bedingungen.

Es gilt ausschließlich deutsches Recht. Die Haftung des Rechtsträgers beschränkt sich der Höhe nach auf die jeweilige Höchstgrenze der vom Rechtsträger abgeschlossenen Versicherung.

Gegebenenfalls bitte ankreuzen

Ich möchte nicht, dass der Besuchsdienst meiner Heimatpfarrei von meinem Krankenhausaufenthalt erfährt.

Hinweis:

1. Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht erfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
2. Sie haben als Patient/in die Möglichkeit, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte eine Patientenquittung anzufordern. Sollten Sie daran Interesse haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Ihre Krankenhausverwaltung. Bitte beachten Sie jedoch, dass Sie sich bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung erklären müssen.
3. **Ich erkläre mich mit dem Tragen eines Patientenarmbandes einverstanden. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.**

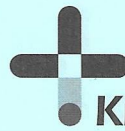
.....
Datum

.....
Unterschrift
(Patient oder Vertreter)

.....
Unterschrift
(Krankenhaus)

Ausländische Patienten und/oder ihre Vertreter erklären mit ihrer Unterschrift zugleich, dass Sie den Vertragsinhalt in vollem Umfang verstanden haben und anerkennen.

.....
Unterschrift (Patient oder Vertreter)



Wichtige Patienteninformation vor der Vereinbarung von wahlärztlichen Leistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Begriff, eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen zu unterzeichnen. Hierfür schreibt § 22 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vor, dass jeder Patient vor Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im einzelnen zu unterrichten ist. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

- Die BpflV unterscheidet zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.
Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Sofern sie gesetzlich krankenversichert sind, entstehen Ihnen für die Inanspruchnahme der **allgemeinen Krankenhausleistungen** außer den gesetzlichen Zuzahlungen keine gesonderten Kosten.
Wahlleistungen hingegen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Diese sind gesondert zu vereinbaren und **vom Patienten zu bezahlen**.
- Für sogenannte **wahlärztliche Leistungen** bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und die besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses hinzukaufen.
Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zu Teil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.
- Im einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der amtlichen **Gebührenordnung für Ärzte / Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ/GOZ)**. Diese Gebührenwerke weisen folgende Grundsystematik auf: In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistung zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die gesamte GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der derzeit gültige Punktwert liegt gemäß §5 Abs. 1 GOÄ bei 5,82873 Cent. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfach-Satz), gerundet
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher -	80	4,66 €

Beispiel:

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen, die die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistungen oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles berücksichtigen.

Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem einfachen und dem 3,5-fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem einfachen und 2,5-fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem einfachen und dem 1,3-fachen des Gebührensatzes.

Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8; für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

Daneben werden die Gebühren gem. § 6a GOÄ um 25% bzw. 15% gemindert.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür jederzeit zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in die GOÄ/GOZ nehmen.

Datum

Unterschrift
Krankenhaus

Unterschrift
Patient oder gesetzlicher Vertreter