



zwischen

Zuname, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift

- und der Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH über die vollstationäre/teilstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses vom 23.10.2006 niedergelegten Bedingungen.
- Die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf Leistungen des Belegarztes; zu diesen gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst, die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden und die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärzte. Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen ihre Leistungen gesondert.
- Ich bin über den Sinn und Zweck des Patientenidentifikationsarmbandes aufgeklärt worden. Ich verweigere meine Zustimmung zum Tragen des Armbandes. Daraus entstehen mir keinerlei Nachteile.

Hinweis:

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Wir weisen darauf hin, dass die Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. ist. Zur Gewährung der Patientenidentifikation erhält jeder Patient ein Identifikationsarmband. Sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, haben Sie die Möglichkeit Ihre Einwilligung zu verwehren. Daraus entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Wir weisen darauf hin, dass die Henriettenstiftung gemäß § 15 Abs. 1 der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für Geld und Wertgegenstände keine Haftung übernimmt, sofern diese nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben werden.

Datum

Unterschriften
(Patient oder Vertreter)

Unterschrift
(Krankenhaus)

Empfangsbestätigung

Ich habe jeweils eine Ausfertigung

- () des Behandlungsvertrages
() der Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung im Krankenhaus
() DRG-Entgelttarif/Unterrichtung des Patienten gemäß KHEntgG
() der Wahlleistungsvereinbarung
() der allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
() Patienteninformation

erhalten.

(Datum)

(Unterschrift)

Geschäftsführer

Michael Schmitt
Susann Börner

Prof. Dr. med. Klaus Hager
Pastor Volker Milkowski

HRB 200 506

Amtsgericht Hannover

Sitz der Gesellschaft
Marienstraße 72-90
30171 Hannover

Bankverbindung

Norddeutsche Landesbank
(BLZ 250 500 00) Nr. 101 059 178

Steuernummer

25/206/48184



Mitglied im Diakonischen
Werk der Ev.-luth. Landeskirche
Hannovers e.V.