

## Behandlungsvertrag

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide  
gemeinnützige GmbH  
Postbrookstraße 103  
27574 Bremerhaven

[info\(at\)klinikum-bremerhaven.de](mailto:info(at)klinikum-bremerhaven.de)

1. Das Klinikum und der Patient schließen einen Vertrag über die vollstationäre/teilstationäre bzw. vor-/nachstationären Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Klinikums niedergelegten Bedingungen. **Der Patient erklärt sich mit der Geltung der AVB des Klinikums einverstanden, die auf Wunsch ausgehändigt werden und Vertragsbestandteil werden.**
2. Zudem sind die AVB, Hausordnung und Kostentarif in den Aufnahmebüros, Notfallaufnahme, Kreißsaal, Information oder Übergangspflege zur Einsichtnahme ausgelegt oder auf der Homepage einzusehen.
3. **Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Medizinische Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweiligen 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. Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (KHEntgG §8, Abs.7).**
4. Auf Grundlage des Behandlungsvertrages werden Daten über ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, verarbeitet und an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt. Die Rechtsgrundlage hierfür bilden u.a. §§ 294 ff SGB V (Übermittlung von Leistungsdaten), §630f BGB (Dokumentation der Behandlung) sowie Art. 6 (1) und Art. 9 (2) h) Datenschutzgrundverordnung. Die Rechtsgrundlage kann je nach Versicherungsstatus (z.B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren.
5. Bei einer Gewebe- oder Probenentnahme bei Ihnen werden das Gewebe bzw. die Probe und die zugehörigen Daten an das Pathologische Institut Bremerhaven übermittelt. Bei speziellen Proben bzw. Analysen werden das Probenmaterial und die zugehörigen Daten an spezialisierte Labore bzw. Institute übermittelt. Informationen hierüber erhalten Sie beim medizinischen Personal.
6. Informationspflicht gemäß § 294a Abs. 2 S. 2 SGB V: Bei einer Krankheit für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.
7. Die ärztliche Schweigepflicht wird durch diesen Behandlungsvertrag nicht berührt. Die Einwilligungen in die Datenverarbeitung stellen keine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht oder anderen beruflichen Schweigepflichten im medizinischen Dienst dar.
8. Nach § 305 Abs. 2 SGB V können Sie auf Wunsch eine Quittung über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte erhalten. Dieser Wunsch muss spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung erfolgen.
9. Im medizinischen Bereich werden Ihre Daten in einer Krankenakte geführt. Die Krankenunterlagen des Patienten werden nach Abschluss der Behandlung durch ein Unternehmen, das den Vorschriften des Datenschutzes unterliegt, digitalisiert. Digital werden die Krankenunterlagen zur schnelleren Verfügbarkeit in einem elektronischen Patientenarchiv gespeichert und dort bis zu 30 Jahre aufbewahrt. Sicherheitskopien in Form von Mikrofilmen werden bei dem Digitalisierungsunternehmen aufbewahrt. Der Zugriff auf diese Patientenarchive unterliegt den datenschutzrechtlichen Vorschriften.
10. Bei Vorliegen einer Krebserkrankung sind wir nach dem Bremischen Krebsregistergesetz (§10) zur Meldung ihrer Behandlungsdaten verpflichtet. Gegen diese Meldung (pseudonymisierte Datenverarbeitung) können Sie einen Einwand gegenüber den ärztlichen Behandlern und dem Krebsregister Bremen erklären
11. Sie stimmen zu, dass Besucher oder Anrufer bei Nachfragen Auskunft über Ihren Krankenhausaufenthalt erhalten, auf welcher Station und in welchem Zimmer Sie sich befinden. Andernfalls erhalten Besucher

Aufnahme-Nr.:

oder Anrufer von uns keine Auskunft darüber, ob Sie sich in unserem Krankenhaus befinden, da Sie auch nicht in der Patientenliste an der Information erscheinen

ja  nein

12. Sie stimmen zu, dass das KBR Ihre betreffenden Krankenunterlagen an die zuständige Krankenversicherung zur weiteren Verwertung herausgeben darf (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht)

ja  nein

ich wünsche keine Kopie des Behandlungsvertrages

ich wünsche keine Aushändigung der Allgemeinen Vertragsbedingungen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Mitarbeiter des Klinikums

**Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Bremerhaven, Datum

**Angaben zum Vertreter mit Vertretungsmacht, wenn der Patient den Aufnahmeantrag nicht selbst unterschreibt:**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Straße, Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefonisch erreichbar unter:** \_\_\_\_\_ **Vertretungsverhältnis zum Patienten:** \_\_\_\_\_

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, dann können Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Diese Erklärung können Sie schriftlich an den Krankenhausträger richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt seiner Erteilung, aber ohne Rückwirkung.

**Datenschutzerklärung zur Übermittlung von patientenbezogenen Informationen an den Hausarzt (§ 73 Abs. 1 b SGB V) oder weiterbehandelnden Arzt. (Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V. § 73 Abs. 1b SGB V)**

Das Klinikum Reinkenheide ist dem Gesetz nach verpflichtet, die Einwilligung des Patienten für die Datenübermittlung einzuholen. Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V muss der Krankenhausträger jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Hausarzt befragen. Gleichzeitig regelt diese Vorschrift die Datenübermittlung zwischen dem Hausarzt und dem Krankenhaus. Hierfür ist eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich.

**Hausarzt:**

\_\_\_\_\_

nein, ich bin **nicht** mit der Datenübermittlung an den o.g. Hausarzt einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Vorbehandler, sonstigen Behandlern, Betreuer, Angehörigen vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, **anfordern** kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. **(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a), Art 2a) DS-GVO)** (Nichtzutreffendes kann gestrichen oder spezifiziert werden:

\_\_\_\_\_  
Bremerhaven, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten) oder Vertreter mit Vertretungsmacht