

Ausfertigung für die  
**Abt. III/1 - Erlösmanagement** (bitte weiterleiten)

## Vereinbarung über Komfortleistungen (Stand 10/2021)

zwischen dem Universitätsklinikum Ulm und dem oben genannten Patienten über die Erbringung folgender Wahlleistungen nach den Bedingungen der Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB).

Am Universitätsklinikum Ulm kommen folgende Beträge je Berechnungstag zur Abrechnung (der Entlassungstag wird nicht mitgerechnet)<sup>1)</sup>:

**Unterbringung im Einbettzimmer**<sup>2)</sup>

Klinik	Komfortzuschlag	Preis pro Tag
Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Frauenheilkunde, HNO, Innere Medizin, Urologie	Alleinige Unterkunft, Wahl- und Serviceverpflegung sowie Komfortleistungen <sup>3)</sup>	160,00 €
Kinder- und Jugendheilkunde, Strahlentherapie	Alleinige Unterkunft	38,75 €
Psychosomatik	Alleinige Unterkunft	80,00 €
Psychiatrie und Psychotherapie	Alleinige Unterkunft	41,90 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie	Alleinige Unterkunft	22,42 €

**Unterbringung im Zweibettzimmer**

Klinik	Komfortzuschlag	Preis pro Tag
Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Frauenheilkunde, HNO, Innere Medizin, Urologie	Wahl- und Serviceverpflegung sowie Komfortleistungen <sup>3)</sup>	80,00 €
Psychiatrie und Psychotherapie		17,03 €

**Unterbringung im Familienzimmer**

in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (inkl. MwSt.)	88,77 €
--	---------

**Unterbringung einer Begleitperson**

ohne medizinische Indikation (inkl. MwSt.)	48,45 €
--	---------

Bitte prüfen Sie vorab, ob die Übernahme der Komfortleistungen in Ihrer privaten Krankenversicherung oder Zusatzversicherung beinhaltet sind.

1) Berechnung beginnt am Tag der Unterschrift. Sollte der Aufnahmetag und Unterschriftstag dem Tag der Entlassung entsprechen, wird dieser in Rechnung gestellt.

2) Je nach Verfügbarkeit, ansonsten Berechnung des Zweibettzimmers bei Inanspruchnahme.

3) Abweichungen aufgrund medizinischer Gegebenheiten sind möglich.

Ulm, \_\_\_\_\_  
Unterschrift Universitätsklinikum

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Vertreter

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname gesetzlicher Vertreter

Ausfertigung für  
**Patient**

## Vereinbarung über Komfortleistungen (Stand 10/2021)

zwischen dem Universitätsklinikum Ulm und dem oben genannten Patienten  
 über die Erbringung folgender Wahlleistungen nach den Bedingungen der Allgemeinen  
 Vertragsbestimmungen (AVB).

Am Universitätsklinikum Ulm kommen folgende Beträge je Berechnungstag zur Abrechnung  
 (der Entlassungstag wird nicht mitgerechnet)<sup>1)</sup>:

**Unterbringung im Einbettzimmer<sup>2)</sup>**

Klinik	Komfortzuschlag	Preis pro Tag
Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Frauenheilkunde, HNO, Innere Medizin, Urologie	Alleinige Unterkunft, Wahl- und Serviceverpflegung sowie Komfort- leistungen <sup>3)</sup>	160,00 €
Kinder- und Jugendheilkunde, Strahlentherapie	Alleinige Unterkunft	38,75 €
Psychosomatik	Alleinige Unterkunft	80,00 €
Psychiatrie und Psychotherapie	Alleinige Unterkunft	41,90 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie	Alleinige Unterkunft	22,42 €

**Unterbringung im Zweibettzimmer**

Klinik	Komfortzuschlag	Preis pro Tag
Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Frauenheilkunde, HNO, Innere Medizin, Urologie	Wahl- und Serviceverpflegung sowie Komfortleistungen <sup>3)</sup>	80,00 €
Psychiatrie und Psychotherapie		17,03 €

**Unterbringung im Familienzimmer**

in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (inkl. MwSt.)	88,77 €
--	---------

**Unterbringung einer Begleitperson**

ohne medizinische Indikation (inkl. MwSt.)	48,45 €
--	---------

Bitte prüfen Sie vorab, ob die Übernahme der Komfortleistungen in Ihrer privaten Krankenversicherung oder Zusatzversicherung beinhaltet sind.

1) Berechnung beginnt am Tag der Unterschrift. Sollte der Aufnahmetag und Unterschriftstag dem Tag der Entlassung entsprechen, wird dieser in Rechnung gestellt.

2) Je nach Verfügbarkeit, ansonsten Berechnung des Zweibettzimmers bei Inanspruchnahme.

3) Abweichungen aufgrund medizinischer Gegebenheiten sind möglich.

Ulm, \_\_\_\_\_

Unterschrift Universitätsklinikum

X \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Vertreter

\_\_\_\_\_  
 Vor- und Nachname gesetzlicher Vertreter