



## Vereinbarung über Wahlleistung Unterkunft (Stand 11/2019) 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>	125,00 €
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>	65,00 €
Psychiatrie und Psychotherapie		16,99 €

### Unterbringung im Familienzimmer

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

### Unterbringung einer Begleitperson

ohne medizinische Indikation (inkl. MwSt.)	49,45 €
--	---------

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 (65,00€ - inkl. Wahl- und Serviceverpflegung sowie Komfortleistungen).

3) Abweichungen aufgrund medizinischer Gegebenheiten sind möglich.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Universitätsklinikum

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

\_\_\_\_\_  
Vor- u. Nachname gesetzl. Vertreter