

Patientenkleber – Ersetzt nicht das Ausfüllen und die Unterschriften.

 Aufnahmezeitpunkt  
  
 Uhrzeit  


**Behandlungsvertrag  
 über ambulante oder stationäre Behandlungen  
 zwischen dem Universitätsklinikum Ulm und der Patientin / dem Patienten**

<b>Patient/-in Name, Vorname</b>		<b>Geburtsname</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Straße, Hausnummer</b>		<b>Geschlecht</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>E-Mail-Adresse</b>		<b>Telefon</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Nächste/-r Angehörige/-r (bitte unbedingt angeben) Name, Adresse, Telefon</b>		<b>Handynummer</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

<b>Hausärztin/-arzt</b>	<b>Ort</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Verlegendes Krankenhaus (bei Verlegung)</b>	<b>Ort</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

<b>Krankenversicherung / Krankenkasse / Berufsgenossenschaft mit Ort</b>	<b>Versichertennummer</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>private Zusatzkrankenversicherung</b>	<b>Versichertennummer</b>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

<b>Aufnahmegrund</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Notfall</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Arbeitsunfall / Wegeunfall / Berufskrankheit / Schul-/Kindergartenunfall</b>	<b>Unfalldatum</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<b>Uhrzeit</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Beruf</b>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Arbeitgeber/-in (Name, Anschrift)</b>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

**1. Hinweis**

- 1.1. Für ambulante sowie für alle stationäre Behandlungsformen (vollstationär / teilstationär / vor- / nachstationär oder stationsäquivalent) gelten die in der AVB des Klinikums niedergelegten Bedingungen. Die AVB sowie der DRG- und PEPP-Entgelttarif liegen zur Einsichtnahme / Mitnahme in der Aufnahme bereit und stehen als Download auf der Webseite des Klinikums zur Verfügung (<https://www.uniklinik-ulm.de/patienten-besucher/ihren-aufenthalt-planen/allgemeine-vertragsbedingungen.html>).
- 1.2. Die im Klinikum erhobenen personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Krankenhausbehandlung und ihrer verwaltungsmäßigen Abwicklung verarbeitet. Sofern zur Behandlung erforderlich, arbeitet das Klinikum mit externen, ärztlich geleiteten Stellen zusammen. Des Weiteren dürfen ggf. Patientendaten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form z.B. für Forschung und Lehre verwendet werden. Näheres entnehmen Sie bitte dem **Informationsblatt zum Datenschutz** ([https://www.uniklinik-ulm.de/downloads/GVO\\_TIE\\_Infoblatt.pdf](https://www.uniklinik-ulm.de/downloads/GVO_TIE_Infoblatt.pdf)).



- 1.3. Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkasse etc.). In diesen Fällen ist die Patientin / der Patient als Selbstzahler/-in zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
  - 1.4. Wahlleistungen (Unterkunft und ärztliche Wahlleistungen) sind bei allen stationären Behandlungsformen gesondert zu vereinbaren.
- 2. Hinweis für die ambulante Behandlung von Privatpatienten/-innen und Selbstzahlern/-innen:**
- 2.1. Zwischen der oben genannten Patientin / dem oben genannten Patienten (bzw. bei minderjährigen Patienten/-innen: dem oder den obengenannten Sorgeberechtigten) und dem Universitätsklinikum Ulm wird die ambulante Beratung und Behandlung in der privatärztlichen Ambulanz bis auf Widerruf durch die Patientin / den Patienten vereinbart.
  - 2.2. Sollten zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weitere Fachärztinnen/-ärzte hinzugezogen werden, erfolgt auch hierbei private persönliche Beratung und Behandlung.
  - 2.3. Das berechnete Honorar für die privatärztliche Behandlung ist an das Klinikum bzw. den liquidierenden Arzt des Klinikums persönlich zu zahlen. Das von hinzugezogenen anderen Ärztinnen und Ärzten berechnete Honorar ist an diese persönlich oder deren Klinikum zu entrichten.

**Einverständnis (freiwillig) zur Weitergabe von persönlichen Daten und Informationen im Behandlungszusammenhang – zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Ich bin einverstanden, dass mündlich oder telefonisch anfragenden Personen der **Ort meines stationären Aufenthaltes** am Klinikum mitgeteilt werden darf.
- Ich bin einverstanden, dass meine erforderlichen Behandlungsdaten an meine Hausärztin / meinen Hausarzt sowie mitbehandelnde Fachärztinnen/-ärzte und Einrichtungen zu **Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken** übermittelt werden dürfen. Ferner bin ich einverstanden, dass das Klinikum bei der Hausärztin / beim Hausarzt und mitbehandelnden Fachärztinnen/-ärzten sowie Einrichtungen die erforderlichen Behandlungsdaten anfordern darf.
- Ich bin einverstanden, dass meine mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte dem Klinikum **auch nach Abschluss meiner Behandlung**, zur Verbesserung der leitliniengerechten Versorgung und Qualitätssicherung, die hierzu erforderlichen **Informationen auf Nachfrage übermitteln**.
- Ich bin einverstanden, dass das Klinikum mir in angemessenem Umfang **Informationen** zu für mich interessanten Veranstaltungen und Angeboten zusendet.
- für Privatpatienten/-innen, Selbstzahler/-innen und BG-Fälle Einwilligung zur Datenübermittlung** (nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 Abs. 3 KHEntgG): Ich bin einverstanden, dass für eine ordnungsgemäße Erstellung der Honorarrechnung und Durchführung des Inkassoverfahrens die erforderlichen Angaben (Krankenakte, Behandlungsdokumentation etc.) an eines der extern beauftragten Abrechnungsunternehmen (Unimed® Abrechnungsservice für Kliniken und Chefarzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern; PVS rhein-ruhr GmbH, Remscheid Str. 16, 45481 Mülheim an der Ruhr; PVS Baden-Württemberg eG, Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart und Medicura Abrechnungsstelle für Ärzte, Uhländweg 4, 29392 Wesendorf) ausschließlich zum Zweck der Rechnungserstellung und des Inkassos weitergeleitet bzw. elektronisch übermitteln werden.

**Mein Einverständnis ist freiwillig. Ich bestätige hiermit, dass für die oben angekreuzten Datenweitergaben die Weitergebenden im erforderlichen Umfang von der Schweigepflicht befreit sind. Sofern ich keine Einwilligung erteile, kann dies möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.** Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen schriftlich zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausärztin/-arzt, mitbehandelnden Fachärztinnen/-ärzten oder Einrichtungen, der Abrechnungsstelle und dem Klinikum statt. Diese Widerrufserklärung ist an das Klinikum zu richten. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Klinikum zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ulm, \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Datum Uhrzeit Unterschrift Universitätsklinikum Unterschrift Patient / Vertreter

Ich handle als Vertreter/-in mit Vollmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer/-in des oben genannten Patienten.  
 Bei mehreren Vertretern handle ich für alle Vertreter.

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Anschrift des Vertreters