

Antrag auf Krankenhausaufnahme

Ich beantrage hiermit

- für mich selbst
- für nebenstehenden Patient, für den
zu handeln ich bevollmächtigt bin
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

die Aufnahme in das Städtische Klinikum Dessau zur stationären / teilstationären / vor- und nachstationären / ambulanten Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen. Ich bin ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und den Tarif für stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen (Pflegekostentarif) hingewiesen worden und habe die Möglichkeit, eine Ausfertigung der AVB sowie des Pflegekostentarifs, die ausgelegt sind, mitzunehmen und von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen und erkläre mich damit einverstanden.

- Ich willige hiermit ein Ich willige hiermit nicht ein,

dass das Krankenhaus von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung mit meinem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen kann. (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Alle durch die Behandlung nach den jeweils geltenden Tarifen entstehenden Kosten werden von mir getragen, soweit sie nicht eine gesetzliche Krankenkasse oder ein sonstiger Sozialleistungsträger übernimmt.

Ich beantrage

- keine Wahlleistungen Wahlleistungen, entsprechend Wahlleistungsvereinbarung

Information: Im Falle einer Krebserkrankung sind wir nach § 27a des Gesundheitsdienstgesetzes Ausführung des Krebsregistergesetzes und des Staatsvertrages über das gemeinsame Krebsregister verpflichtet, diese dem Gemeinsamen Krebsregister zu melden. Die Übermittlung dieser Daten übernimmt das Klinische Krebsregister des Tumorzentrums e.V.. Im Klinischen Krebsregister erfolgt eine verlaufs begleitende Tumordokumentation, die sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich umfasst.

Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt/bzw. einweisenden Facharzt mit.

- ja nein

ggf. Name und Anschrift des Hausarztes/weiterbehandelnden Arztes/einweisenden Facharztes

Ich bin damit einverstanden, dass alle Ärzte des Krankenhauses in meine vorhandenen Behandlungsunterlagen Einsicht nehmen dürfen, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen durch das Krankenhaus an den/die o.g. Arzt/Ärzte und im Falle einer Krebserkrankung an das Tumorzentrum Anhalt am Städtischen Klinikum e.V. zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken sowie zu wissenschaftlichen Zwecken übermittelt und dort vorliegende Behandlungsdaten / Befunde angefordert werden können. Darüber hinaus willige ich ein, dass etwaige Restproben (Körperflüssigkeiten, Gewebe- und Hautproben u.ä.) für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Dessau-Roßlau,

Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters