Akademisches Lehrkrankenhaus mit Hochschulabteilungen
der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

STÄDTISCHES KLINIKUM DESSAU

Antrag auf Krankenhausaufnahme

Ich beantrage hiermit

☐ für mich selbst ☐ für o.g. Patient, für den zu handeln ich bevollmächtigt bin

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) sowie auf die Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 12 ff. EU-DSGVO (siehe auch die Internetseite unter Datenschutz) hingewiesen worden und habe die Möglichkeit, eine Ausfertigung der AVB, des Pflegekostentarifs sowie die Information zur Datenverarbeitung, die ausgelegt sind, mitzunehmen und von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen und erkläre mich damit einverstanden. *(Zutreffendes bitte ankreuzen.)*

☐ **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

Wir informieren Sie hiermit, dass wir zur Datenübermittlung entsprechend gesetzlicher Regelungen (z.B. Krebsregistergesetz Sachsen-Anhalt u.a.) verpflichtet sind. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen.

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

☐ ja ☐ nein .....
(ggf. Name und Anschrift des Hausarztes/weiterbehandelnden Arztes/einweisenden Facharztes

Wir informieren Sie darüber, dass das Städtische Klinikum Dessau ein Akademisches Lehrkrankenhaus und damit in der Krankenversorgung, der Forschung und der Lehre tätig ist. 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 zu Dokumentations- u. Weiterbehandlungszwecken, zu wissenschaftlichen Zwecken und zur Lehre genutzt werden können. Darüber hinaus willige ich ein, dass etwaige Restproben (Körperflüssigkeiten, Gewebe- und Hautproben u.ä.) für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen. Darüber hinaus bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass Studenten der Medizinischen Hochschule Brandenburg im Rahmen des Studiums Einblick in meine Patientenunterlagen nehmen dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Dessau-Roßlau, ...
Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter