**Behandlungsvertrag**
**ambulant und stationär**

Klinikverbund Südwest

zwischen der

- ☐ **Kreiskliniken Böblingen gGmbH (Klinikum Sindelfingen-Böblingen, Krankenhäuser Herrenberg und Leonberg)**
- ☐ **Kreiskliniken Calw gGmbH (Kreisklinikum Calw-Nagold)**

und **der Patientin / dem Patienten**
(im Folgenden „Patient")

Patientenetikett

**Allgemeine Regelungen und Bedingungen für ambulante und stationäre Patienten:**
Die oben genannte Einrichtung behandelt den Patienten. Das Krankenhaus haftet nur für Wertgegenstände, die der Verwaltung zur Aufbewahrung gegen Quittung übergeben werden.
Der Patient erkennt die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und die Hausordnung in der jeweils gültigen Fassung an. Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er die Allgemeinen Vertragsbedingungen erhalten hat bzw. die Möglichkeit zur Einsicht hatte und gibt zudem zu den folgenden Bedingungen sein Einverständnis ab:

1. Ich bin einverstanden mit behandlungssichernden kleinen Fixierungsmaßnahmen wie z.B. Sicherung einer Infusion mit einer am Bett befestigten Armschiene oder Transportsicherung auf dem Weg zum OP.
2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Blutabnahmen durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes durchgeführt werden.
3. Für den Fall einer infektionsrelevanten Kontamination des Klinikpersonals mit meinem Blut bin ich mit einer labortechnischen Überprüfung meines Blutes auf Infektiösität bezüglich Hepatitis B, Hepatitis C und HIV einverstanden.
4. Die Behandlungsdaten von Tumorpatienten werden aufgrund gesetzlicher Vorgaben dem Baden-Württembergischen Krebsregister übermittelt. Es besteht die Möglichkeit einer Weiterverarbeitung der Identitätsdaten zu widersprechen. Der Widerspruch ist dem behandelnden Arzt mitzuteilen.
5. Die Behandlungsdaten von Schwerverletzten werden pseudonymisiert zur Dokumentation der Behandlungsqualität an das TraumaRegister der Akademie der Unfallchirurgie GmbH im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. übermittelt. Es besteht die Möglichkeit zum Widerruf der Einwilligung. Der Widerruf ist dem behandelnden Arzt mitzuteilen.
6. Ich bin damit einverstanden, dass Praktikanten, Medizinstudenten und ehrenamtliche Mitarbeiter (sogenannte „grüne Damen und Herren") das Krankenhauspersonal bei Ihrer Arbeit begleiten und unterstützend tätig sind.
7. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, am praktischen Teil der Abschlussprüfung zum Operationstechnischen Assistent*innen (OTA) als Patient teilzunehmen. Ich bin darüber informiert, das am Prüfungstag zwei Fachprüfer*innen anwesend sein werden. Gegebenenfalls kann zusätzlich die/der Vorsitzende des Prüfungsausschusses teilnehmen. Ich bin damit einverstanden, dass zur Bewertung der Prüfungsleistung neben der zu prüfenden Person die beteiligten Prüfer*innen Einsicht in meine Patientenakte nehmen können. Alle anwesenden Personen unterliegen der Schweigepflicht.
8. Ich bin damit einverstanden, dass meine Wunde/n zu medizinischen Zwecken bildmäßig erfasst und elektronisch gespeichert werden. Einziger Zweck der Bilderfassung ist die Wunddokumentation. Ich untersage ausdrücklich, dass die Bilder Dritten zugänglich gemacht werden, es sei denn, es besteht die gesetzliche Verpflichtung. Die von mir vorstehend genannten Bilder dürfen vor Gericht zu Beweiszwecken verwendet werden. Mit der anonymisierten Verwendung meiner Bilder zu Zwecken KVSW-interner und externer Lehrveranstaltungen bin ich einverstanden.

**Hinweis zur Kostenübernahme:** Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, erkennen die Unterzeichner -Patient oder Vertreter- an, als Selbstzahler gesamtschuldnerisch das Entgelt für die Krankenhausleistungen zu übernehmen.

Der Patient erklärt sich bei Zahlungsverzug einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummern, Behandlungszeiträume, Rechnungsdaten) an einen externen Inkasso-Dienstleister, mit der möglichen Einholung einer Information bei einer Auskunftei oder Kreditschutzorganisation zur Prüfung der Bonität (Zahlungsfähigkeit) sowie der möglichen Abtretung der Forderung an einen Dritten.

**Besondere Regelungen und Bedingungen ausschließlich für stationär aufgenommene Patienten:**
Die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf die Leistungen des Belegarztes, zu diesen gehören seine persönlichen Leistungen, der ärztliche Bereitschaftsdienst sowie die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen im Krankenhaus und außerhalb des Krankenhauses. Das Krankenhaus haftet nicht für Leistungen der Belegärzte. Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen ihre Leistungen gesondert.

Der Patient erkennt den DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung an. Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er den Entgelttarif erhalten hat bzw. die Möglichkeit zur Einsicht hatte und gibt zusätzlich zu den bereits oben genannten Bedingungen zu folgenden Bedingungen sein Einverständnis ab:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Pflegedienstes die Dienstübergabe vom Früh- zum Spätdienst am Patientenbett durchführen.
2. Ich bin mit dem Anlegen eines Patientenidentifikationsarmbandes während meines stationären Klinikaufenthaltes einverstanden, soweit dies in der jeweiligen Klinik bereits eingesetzt wird.

Böblingen/Calw/Herrenberg/Leonberg/Nagold/Sindelfingen, den _____

_____ _____
Unterschrift Patient oder Vertreter (z.B. bei Kindern) Unterschrift Krankenhausmitarbeiter

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht: _____

Name und Anschrift der Vertreterin / des Vertreters - _____

für den Fall, dass der Patient nicht selbst unterschreibt _____