

Patientenerklärung bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Postleitzahl

Wohnort des Patienten

Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung

Name, Vorname und Anschrift des Hauptversicherten (falls abweichend vom Patienten; bei minderjährigen Patienten ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift des oder der Sorgeberechtigten)

Bezüglich der bevorstehenden **stationären Behandlung** wird von mir die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen gewünscht. Bereits heute wurde ich von Herrn/Frau _____ darüber informiert, dass es nicht gewährleistet ist, dass Herr Prof. Dr. Schild bzw. Herr Prof. Dr. med. Siggelkow zum Zeitpunkt der Behandlung anwesend ist und die bevorstehende Behandlung persönlich durchführen kann. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich angesichts dieser Situation die Wahl habe, die vorgesehene stationäre ärztliche Behandlung

- insgesamt als allgemeine Krankenhausleistung, d.h. ohne Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen, grundsätzlich durch den jeweiligen diensthabenden Arzt der einzelnen Kliniken/Abteilungen der Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH durchführen zu lassen; mein Recht zur Inanspruchnahme nichtärztlicher Wahlleistungen bleibt hiervon unberührt (**Variante Nr. 1**),
- unter Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen durch den ausschließlich für Privatpatientinnen zuständigen ärztlichen Vertreter von Herr Prof. Dr. Schild bzw. Herr Prof. Dr. med. Siggelkow, Frau/Herrn _____ durchführen zu lassen mit der Folge, dass von mir an die Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH ein wahlärztliches Honorar in gleicher Weise wie im Falle der persönlichen Leistungserbringung durch diesen selbst, zu entrichten ist (**Variante Nr. 2**).

In Kenntnis dieser Möglichkeiten habe ich mich dazu entschlossen, von der nachstehend angekreuzten Variante Gebrauch zu machen:

Nr. 1

Nr. 2

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten (oder d. Vertreters)

*Ich handele als Vertreter mit Vertretungsvollmacht iSv § 164 BGB

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters für die

Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH

Einwilligung in die Datenweitergabe

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der **Medal Medizinische Abrechnung Lutz GmbH**, Paul-Ehrlich-Str. 22-26, 63322 Rödermark, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH bzw. Herrn Prof. Dr. med. Schild und/oder Herrn Prof. Dr. med. Siggelkow ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (oder d. Vertreters)

*Ich handele als Vertreter mit Vertretungsvollmacht i.S.v. § 164 BGB

* Hinweis: Wird nachträglich festgestellt, dass der Vertreter keine Vertretungsvollmacht besaß und der Vertretene auch nicht nachträglich genehmigt, richten sich die Ansprüche des Krankenhauses bzw. der Ärzte gegen den Vertreter ohne Vertretungsvollmacht i.S.v. § 179 BGB