

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer stationären/teilstationären Behandlung auf der **Privatstation** unseres Krankenhauses.

Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen aufmerksam durch und beantworten Sie bitte möglichst vollständig unsere Fragen, damit wir Sie bezüglich einer Kostenübernahme durch Ihre Krankenversicherung / Krankenkasse beraten können. Die Kopie dieses Formulars behalten Sie bitte zu Ihrer Information.

Die Kosten einer stationäre/teilstationären Behandlung in unserem Krankenhaus werden übernommen durch:

- die gesetzlichen Krankenkassen / Ersatzkassen
- privaten Krankenversicherungen (PKV)
- Beihilfe

Da in unserem Hause weder Kuren noch Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, ist ein Antrag auf Kostenübernahme vor der stationären/teilstationären Behandlung nur in Ausnahmefällen erforderlich. Für die Aufnahme in unsere Klinik benötigen Sie eine Krankenseinweisung Ihres behandelnden Arztes. Vor Beginn der stationären/teilstationären Behandlung führen wir mit Ihnen ein Vorgespräch, das der diagnostischen Klärung dient. **Dieses Gespräch rechnen wir nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privatärztlich ab** (bei Bedarf können Sie in den Chefsekretariaten Einsicht in die GOÄ nehmen). **Die gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkrankenkassen übernehmen die Kosten für das Vorgespräch nicht.**

Hinweis:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Die privaten Krankenversicherungen schließen sehr unterschiedliche Verträge mit Patienten ab. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet, da Sie als Patient der Vertragspartner unseres Krankenhauses sind. Prüfen Sie deswegen in Ihrem eigenen Interesse bitte sehr genau, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V etc. diese Kosten deckt.

Ich bin versichert für die **stationäre/teilstationären** Behandlung:

- ⇒ in einem Einbettzimmer in einem Zweibettzimmer
privatärztlicher Behandlung privatärztlicher Behandlung

bei (bitte nennen Sie Name und Anschrift der für Sie zuständigen Servicestelle Ihrer Privaten Krankenversicherung)

meine Versicherungsnummer / Servicenummer lautet:

Ich bin für **Wahlleistungen** (Zimmer-Zuschlag und privatärztliche Leistungen) **nicht versichert** und werde daher diese Zusatzkosten der stationären Behandlung selber tragen.

Name, Vorname

Geburts-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

Datum

Unterschrift