

*Patient*in Daten
werden automatisch
eingedruckt*

Vertrag über Krankenhausbehandlung

Zwischen o.g. Patienten*in bzw. Sorgeberechtigten/Betreuer*in (im Folgenden: Vertragspartner*in) und der Charité - Universitätsmedizin Berlin (im Folgenden: Charité) wird die Erbringung der stationären Krankenhausbehandlung (voll-, teil-, vor- und/oder nachstationär und/oder stationsäquivalent) vereinbart.

Die Charité stellt dem/der Vertragspartner*in auf Wunsch je ein Exemplar der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und der Hausordnung zur Einsicht zur Verfügung. Darüber hinaus können beide Unterlagen im Internet unter www.charite.de abgerufen werden.

Der/die Vertragspartner*in erkennt die AVB und die Hausordnung der Charité als Bestandteil dieses Vertrages an.

A) Einwilligung (u.a. in die Übermittlung personenbezogener Daten bzw. die Einsicht in personenbezogene Daten) **Bitte beachten Sie für die nachfolgend dargestellten Einwilligungserklärungen in die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten folgendes:** Die Erteilung Ihrer Einwilligung ist stets freiwillig. Sollten Sie sich gegen eine Einwilligung entscheiden haben oder diese zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, entstehen Ihnen keine Nachteile bei Ihrer Behandlung. Sie haben das Recht, ohne Angaben von Gründen die Einwilligung jederzeit einzeln oder insgesamt zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zu Ihrem Widerruf wird hiervon nicht berührt. Bei Minderjährigen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, hat der Widerruf durch den Minderjährigen sowie die Personensorgeberechtigten zu erfolgen. Der Widerruf der Einwilligung ist nach Möglichkeit an die Abteilung Patientenmanagement (Stationäre Aufnahme) in einem unserer Campi, dort auch an die zentrale Patientenaufnahme zu richten. Hierhin wenden Sie sich auch gerne, wenn Sie weitere Rechte in Bezug auf Ihre Daten geltend machen möchten.

Für Fragen zum Datenschutz steht Ihnen die Datenschutzbeauftragte der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Geschäftsbereich Datenschutz und Governance, Charitéplatz 1, 10117 Berlin) **zur Verfügung.** Sie erreichen diese auch per E-Mail unter: datschutzbeauftragte@charite.de.

Das Recht auf Beschwerde können Sie grundsätzlich bei jeder Datenschutzbehörde geltend machen. Für die Charité ist die Beauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Berlin zuständig.

1. Vom/von der/die **Hausarzt*in/ vorbehandelnden Arzt*in, vorbehandelnde(n) Krankenhäuser(n)/Reha-Einrichtungen/häusliche(r) Krankenpflege**

Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch die Charité bei meinem/er Hausarzt*in vorbehandelnde(n) Krankenhäuser(n)/Reha-Einrichtungen/häusliche(r) Krankenpflege, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, angefordert werden können. Ich entbinde diese insoweit schon jetzt von der Schweigepflicht gegenüber der Charité.

Ja Nein

2. An den/der **Hausarzt*in/ weiterbehandelnden Arzt*in, weiterbehandelnde(n) Krankenhäuser/Reha-Einrichtungen/häusliche Krankenpflege**

Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch die Charité an den/die von mir benannten Hausarzt*in / weiterbehandelnden Arzt*in / Krankenhäuser/Reha-Einrichtungen/häusliche Krankenpflege zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt werden können. Ich entbinde die Charité insoweit schon jetzt von der Schweigepflicht.

Ja Nein

3. **In die Behandlungsdokumentationen der vorbehandelnden Einrichtungen innerhalb der Charité**

Zur fachgerechten medizinischen Einschätzung Ihres Behandlungsfalles benötigen unsere Ärzt*innen und weitere Mitarbeiter*innen möglichst umfassende Informationen zu Ihrer Vorgeschichte, zu der bisher erfolgten Behandlung sowie ggf. Vorerkrankungen.

Ich stimme zu, dass alle erforderlichen Informationen aus meinen früheren Aufhalten inkl. Ambulanzen/Instituten etc. in/an der Charité von den Mitarbeitern*innen eingesehen werden können, die an der aktuellen Behandlung beteiligt sind.

Ja Nein

4. An das **Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB)**

Bei kardiologischen Behandlungsfällen kann eine zusätzliche Behandlung durch das DHZB erforderlich sein. Ich stimme für diesen Fall zu, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch die Charité an das DHZB zum Zwecke der dortigen (Weiter-)Behandlung übermittelt werden. Ich entbinde die Charité insoweit schon jetzt von der Schweigepflicht gegenüber dem DHZB.

Ja Nein

5. An das **Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) für Strahlentherapie Charité-Vivantes**

In Fällen einer erforderlichen Strahlentherapie ist die Offenlegung meiner Behandlungsdaten/Befunde an das MVZ für Strahlentherapie Charité-Vivantes erforderlich. Ich stimme für diesen Fall zu, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch die Charité an das MVZ für Strahlentherapie Charité-Vivantes zum Zwecke der dortigen (Weiter-)Behandlung übermittelt werden. Ich entbinde die Charité insoweit schon jetzt von der Schweigepflicht gegenüber dem MVZ.

Ja Nein

6. An das **Ambulante Gesundheitszentrum (AGZ) der Charité GmbH**

Im Zuge der Nachbehandlung kann eine Behandlung durch das AGZ erforderlich sein. Ich stimme insoweit zu, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch die Charité an das AGZ zum Zweck der dortigen (Weiter-)Behandlung übermittelt werden. Ich entbinde die Charité insoweit schon jetzt von der Schweigepflicht gegenüber dem AGZ.

Ja Nein

7. **Nur für ausländische Patienten*innen ohne Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland an die/von der Charité Healthcare Services GmbH (CHS)**

Im Rahmen der Behandlung von internationalen Selbstzahlerpatienten haben wir unsere Tochtergesellschaft, CHS, mit der administrativen Betreuung dieser Patientengruppe beauftragt. Dies umfasst u.a. die Angebotserstellung, die Terminkoordination, die Rechnungslegung sowie das Forderungsmanagement. Im Rahmen dieser Aufgaben werden im geeigneten Maße erforderliche Daten des Patienten der CHS zur Verfügung gestellt, welche dort verarbeitet werden. Die bei der CHS beschäftigten Mitarbeiter*innen unterliegen dem Datenschutz sowie der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber informiert, dass die Charité im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an das externe Dienstleistungsunternehmen CHS im Rahmen der administrativen Betreuung Patientendaten übermittelt und erkläre mein Einverständnis.

Ja Nein

8. **Patientenidentifikationsarmband**

Patientenarmbänder dienen der Erhöhung der Patientensicherheit durch zweifelsfreie Identifikation des/der Patienten*in im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Es ist während des gesamten stationären Aufenthaltes zu tragen und enthält sichtbar folgende Daten: Name, Vorname, ggf. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht und Fallnummer.

Bei meiner Entlassung wird das Patientenarmband vom Handgelenk entfernt und datenschutzgerecht entsorgt.

Zum Tragen des Patientenarmbandes ist meine Einwilligung erforderlich

Ja, ich werde das Armband tragen Nein, ich möchte das Armband **nicht** tragen

9. **Auskunft**

Ich stimme zu, dass die Charité über die Tatsache meines Krankenhausaufenthalts bei Nachfrage durch Besucher (insbesondere beim Pförtner) oder telefonischer Nachfrage **Auskunft** zu meinem Aufenthalt (z.B. Zimmernummer, Besuchszeiten, Aufenthaltsdauer, Telefonnebenstelle) erteilt.

Ja Nein

10. **Nur für Versicherte einer privaten Krankenversicherung**

Nach § 17 c Krankenhausfinanzierungsgesetz sind Krankenhäuser verpflichtet, am elektronischen Datenaustausch mit deutschen privaten Krankenversicherungen teilzunehmen, sofern Versicherte der privaten Krankenversicherungen von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen und wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung erklärt hat.

Rechnungsbegründende Daten, wie Diagnosen, Prozeduren und unsere Rechnungen werden nicht mehr papiergebunden sondern nur auf elektronischem Wege übertragen. Dazu ist für diesen konkreten stationären Behandlungsfall Ihre Zustimmung erforderlich:

Ja Nein

11. **Sektion**

Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung zugunsten der Patienten und der Allgemeinheit. Klinische Sektion (innere Leichenschau) ist die ärztliche fachgerechte Öffnung einer Leiche, die Entnahme und Untersuchung von Teilen sowie die äußere Wiederherstellung des Leichnams. Die klinische Sektion dient der Qualitätskontrolle und Überprüfung ärztlichen Handelns im Hinblick auf Diagnose, Therapie und Todesursache, der Lehre und Ausbildung, der Epidemiologie, der medizinischen Forschung sowie Begutachtung.

Im Falle meines Todes bin ich mit einer klinischen Sektion einverstanden

Ja Nein

12. Informationen zur Öffentlichkeitsarbeit/ Fundraising der Charité

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten von der Charité zum Zwecke meiner persönlichen Information durch den Versand von Informationsmaterialien zu Themen und Projekten der Charité, für die man sich auch engagieren kann, verwendet werden dürfen. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte, insbesondere kommerzielle Anbieter, findet nicht statt.

Ja Nein

13. Einwilligung in die digitale Datenübermittlung zwischen der Charité Universitätsmedizin Berlin und der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Die digitale Datenübermittlung zwischen der Charité Universitätsmedizin Berlin und der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH dient der Optimierung der Versorgung. Ich stimme zu, dass meine Dokumente im Falle einer Aufnahme in einem Vivantes-Klinikum digital über eine sichere IT-Infrastruktur übermittelt werden sofern diese relevant für die Behandlung sind. Ich entbinde die in meine Behandlung involvierten Ärzte daher von der Schweigepflicht gegenüber Vivantes und stimme der gesicherten digitalen Datenübermittlung an Vivantes zu.

Ja Nein

14. Information zur und Eigentumsübertragung an Rest-Biomaterialien

Das im Rahmen der geplanten Diagnostik oder Behandlung entnommene Material (Gewebeproben, Blut, Urin oder andere Körperflüssigkeiten) wird nach internationalen Standards untersucht. Diese Untersuchung ist für die Einschätzung Ihrer Erkrankung oder Therapie zwingend notwendig. Der Charité ist es nach § 25 Berliner Landeskrankenhausgesetz erlaubt, die im Rahmen der Analyse und Behandlung gewonnenen genetischen oder gesundheitsbezogenen Daten zu Zwecken der Eigenforschung zu nutzen und hierzu auch gesundheits- oder genetische Daten in pseudonymer Form an Forschungspartner weiterzugeben.

Nach Beendigung der klinischen Untersuchung verbleibt in der Regel Restmaterial. Für wissenschaftliche Untersuchungen, die zum besseren Verständnis von Erkrankungen sowie zur Entwicklung neuer diagnostischer oder therapeutischer Verfahren beitragen sollen, ist dieses Restmaterial von großer Bedeutung. Grundsätzlich sind Biomaterialproben Träger von gesundheitsbezogenen und genetischen Daten, so dass Vertraulichkeitsrisiken nicht vollständig auszuschließen sind vor allem dann, wenn Sie selbst genetische Daten beispielsweise im Internet veröffentlichen. Für diese wissenschaftlichen Untersuchungen wird sichergestellt, dass ein Rückschluss auf Ihre Person auch bei der Weitergabe an Dritte nicht erfolgen kann. Eine Re-Identifikation Ihrer Person wird durch eine zweifache Kodierung (Verschlüsselung) Ihrer Biomaterialien und klinischen Informationen verhindert. Eine Weitergabe der Ihre Person identifizierenden Daten an Forscher oder andere unberechtigte Dritte, etwa Versicherungsunternehmen oder Arbeitgeber, erfolgt nicht.

Ich willige in die Übertragung des Eigentums an den Resten meiner Biomaterialproben ein.

Ja Nein

Mir ist bekannt, dass mein Recht, der Datenverarbeitung aus persönlichen Gründen zu widersprechen und Auskunft sowie Berichtigung oder Vernichtung zu verlangen, von der Eigentumsübertragung ebenso unberührt bleibt wie das Recht, Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einzulegen.

B) Abrechnung

1. Keine Kostenübernahme eines Kostenträgers

Der/die Vertragspartner*in verpflichtet sich für den Fall, dass die Kosten nicht oder dass nicht alle Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen von einem Kostenträger (z. B. einer privaten Krankenversicherung) übernommen werden und hierzu eine Kostenübernahmeerklärung vorgelegt wird als Selbstzahler*in die Zahlung des Entgeltes nach den jeweils geltenden Tarifen gemäß des ausgelegten Preisverzeichnisses zu leisten. Tarifänderungen während des Aufenthalts- und Behandlungszeitraumes werden anerkannt. Soweit gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für Krankenhausleistungen durch einen öffentlich-rechtlichen Kostenträger (z. B. Krankenkasse) besteht und nicht Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die nicht vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz erfasst sind, rechnet die Charité unabhängig von einer Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers unmittelbar mit diesem ab.

Für gesetzlich Versicherte: Auf die gesetzliche Verpflichtung zur Zuzahlung gem. § 39 Abs. 4 SGB V bin ich durch Aushändigung des Merkblattes hingewiesen worden.

Erklärung zur Abrechnung der Krankenhausleistung gem. § 305 Abs. 2 SGB V

Ich wünsche, über die der Krankenkasse in Rechnung gestellten Entgelte unterrichtet zu werden.

2. Vereinbarung zu Verzugszinsen

Für den Fall des Zahlungsverzuges werden nach § 247 BGB Verzugszinsen in Höhe von 5 v.H. über dem jeweils geltenden Basiszinssatz erhoben. Ferner wird als Abgeltung für Porto und sonstige Verwaltungskosten eine Mahnkostenpauschale in Höhe von **4,00 € je Mahnung** vereinbart.

Bei Zahlungsverzug gelten im Übrigen die gesetzlichen Bestimmungen des BGB.

3. Kostenübernahme durch eine Clearingstelle des Landes Berlin

Das Land Berlin beteiligt sich an Kosten für Krankenhausbehandlung bei mittellosen und nicht-krankenversicherten Patienten*innen. Dazu müssen die üblichen Rechnungsdaten, die auch medizinische Sachverhalte beinhalten können, an die Clearingstelle weitergeben werden. Sollte ich diesem Patientenkreis angehören, ist eine Weitergabe der Daten erforderlich.

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Clearingstelle nach der durchgeführten Behandlung persönlich aufsuchen muss, um mich bezüglich der Aufnahme eines Krankenversicherungsverhältnisses für die Zukunft beraten zu lassen.

**Clearingstelle für Nichtversicherte
Lehrter Straße 68
10557 Berlin**

C) Hinweise und Information zur Datenverarbeitung und sonstige Information

Die Charité verarbeitet neben Daten auf der Grundlage Ihrer Einwilligung auf Basis gesetzlicher Grundlagen bestimmte personenbezogenen Daten auch ohne Einwilligung. Die entsprechenden Informationen zu dieser Datenverarbeitung sowie zu Ihren Rechten in Bezug auf Ihre Daten finden Sie in den Aushängen auf den Stationen, auf unserer Internetseite sowie in den auf unseren Stationen ausgelegten Informationsbroschüren zur Datenverarbeitung. Sollten Sie dort keine Broschüren finden, fragen Sie bitte gerne bei den Sie behandelnden Personen auf der Station.

Zu Ihrer Legitimation und Identifikation werden folgende Angaben immer benötigt: Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Fallnummer.

Berlin, den

Berlin, den

Unterschrift Vertragspartner*in

Unterschrift für die Charité

**Ich handele als Vertreter*in mit Vertretungsvollmacht/ Ich bin Hauptversicherte*r*
(nichtzutreffendes bitte streichen)**

Name, Anschrift, Telefonnummer sowie Datum und Unterschrift: Vertreter*in/ Betreuer*in/Sorgeberechtigte*r