

Vertrag über stationäre Behandlung

Die
**CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN
BERLIN**
Gliederkörperschaft der
Freien Universität Berlin und der
Humboldt-Universität zu Berlin
Körperschaft des Öffentlichen Rechts
(Universitätsklinikum)

Patient

Name
Vorname
Geburtsdatum
Fallnummer

und
Frau / Herrn: _____ (Vertragspartner)

wohnhaft: _____

**vereinbaren stationäre Krankenhausbehandlung (voll-, teil-, vor- und/oder nachstationär)
für den oben genannten Patienten.**

Das Universitätsklinikum verpflichtet sich, die notwendigen und zweckmäßigen Behandlungsleistungen zu erbringen.

Der Vertragspartner verpflichtet sich für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

_____ ,
eines anderen Sozialleistungsträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, als Selbstzahler die Zahlung des Entgeltes nach den jeweils geltenden Tarifen gemäß des ausgelegten Preisverzeichnisses zu leisten. Tarifänderungen während des Aufenthalts- und Behandlungszeitraumes werden anerkannt.

Der Vertragspartner erkennt die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Universitätsklinikums als Bestandteil dieses Vertrages an.

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) liegen zur Einsichtnahme oder Mitnahme aus. Desgleichen erkennt er die Geltung der Hausordnung an, die im Universitätsklinikum aushängt oder ausliegt.

Die Charité ist gemäß dem Universitätsmedizingesetz gesetzlich verpflichtet, im Rahmen der Krankenversorgung Aufgaben der Lehre und Forschung wahrzunehmen. Das Universitätsklinikum verarbeitet personenbezogene Daten und hält sich bei allen Phasen der Datenverarbeitung streng an die Gesetze. Im Rahmen dieser Gesetze steht dem Patienten ein Auskunfts- und Einsichtnahmerecht über die gespeicherten Daten zu.

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

Ich wünsche, dass das Universitätsklinikum über die Tatsache des Krankenhausaufenthalts bei Nachfrage (insbesondere beim Pförtner) **keine Auskunft** erteilt.

Erklärung zur Abrechnung der Krankenhausleistung gem. § 305 Abs. 2 SGB V
 Ich wünsche, über die der Krankenkasse in Rechnung gestellten Entgelte unterrichtet zu werden.

Im Rahmen der Diagnostik/Therapie entnommenes Material

Das im Rahmen der geplanten Diagnostik oder Behandlung entnommene Material wird nach internationalen Standards untersucht. Diese Untersuchung ist für die Einschätzung der Erkrankung des Patienten zwingend notwendig.

Nach Beendigung der Untersuchung verbleibt in der Regel Restmaterial. Für wissenschaftliche Untersuchungen, die zum besseren Verständnis von Erkrankungen beitragen sollen, ist dieses Restmaterial von großer medizinischer Bedeutung. Dabei wird sichergestellt, dass ein Rückschluss auf die Person des Patienten nicht erfolgen kann.

Ich willige daher ein, dass das Restmaterial, einschließlich anonymer klinischer Daten, für weitere Untersuchungen genutzt und ggf. auch an externe Institutionen unentgeltlich weitergereicht wird. Ich erhebe keine persönlichen oder finanziellen Ansprüche.

Mein Recht, die Zustimmung jederzeit gegenüber dem mich behandelnden Arzt zurückzunehmen, bleibt hiervon unberührt.

 Ja Nein**Nach dem Berliner Sektionsgesetz vom 18.06.1996 ist die Frage der Einwilligung in eine klinische Sektion im Behandlungsvertrag zu regeln.**

Deshalb bitten wir Sie um Verständnis für die nachfolgende Erklärung.

Im Falle meines Todes bin ich mit einer klinischen Sektion einverstanden.

Mein Recht, die Zustimmung jederzeit gegenüber dem mich behandelnden Arzt zurückzunehmen, bleibt hiervon unberührt.

 Ja Nein**Patientenidentifikationsarmband**

Patientenarmbänder dienen der Erhöhung der Patientensicherheit durch zweifelsfreie Identifikation des Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Es wird während des gesamten stationären Aufenthaltes getragen 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. Die Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber dem behandelnden Arzt widerrufen.

 Ja, ich werde das Patientenarmband tragen Nein, ich möchte das Patientenarmband nicht tragen**Datenübermittlung/Dateneinsicht****an den /vom Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt****an/von weiterbehandelnde(n) Krankenhäuser(n)/Reha-Einrichtungen/häusliche(r) Krankenpflege**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch das Universitätsklinikum an den von mir benannten Hausarzt / weiterbehandelnden Arzt/Krankenhäuser/Reha-Einrichtungen/häusliche Krankenpflege zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt werden können und dass die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten / Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch das Universitätsklinikum angefordert werden können.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

 Ja Nein

zur Qualitätssicherung der Behandlung und für wissenschaftliche Forschungsvorhaben

Zur Qualitätssicherung der Behandlung im Universitätsklinikum, einschließlich der Zertifizierung der Kliniken und Institute der Charité und zu konkret benannten wissenschaftlichen Zwecken bin ich – jederzeit widerrufbar – damit einverstanden, dass der von mir benannte Hausarzt/weiterbehandelnde Arzt mit meiner ihm gegenüber noch zu erteilenden Zustimmung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung im Hinblick auf die weiter zu behandelnde(n) Erkrankung(en) Auskünfte über den Verlauf der sich unmittelbar anschließenden wie auch späteren Behandlungen erteilt und hierzu auf Anfrage der behandelnden Charité – Einrichtung Verlaufsdaten übermittelt. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

 Ja Nein**in die Behandlungsdokumentationen der vorbehandelnden Einrichtungen der Charité**

Ich bin damit einverstanden, dass alle erforderlichen Informationen aus meinen früheren Aufenthalten in der Charité von den Mitarbeitern eingesehen werden können, die an der Behandlung des diesen Vertrag betreffenden Falles beteiligt sind. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

 Ja Nein**an das/ vom Deutsche(n) Herzzentrum Berlin (DHZB)**

Zwischen der Charité und dem DHZB besteht ein enges Kooperationsverhältnis, um die medizinische und pflegerische Versorgung von gemeinsamen Patienten im jeweils anderen Partnerkrankenhaus abzustimmen. Mit Hilfe von EDV besteht die Möglichkeit ohne zeitliche Verzögerung auf ihre medizinischen Daten zugreifen zu können, die bei dem jeweiligen Krankenhaus entstanden sind. Zugriffe auf ihre personenbezogenen Daten dürfen nur erfolgen, soweit es für die Erfüllung des Behandlungsauftrages erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die durch die Charité und dem DHZB gespeicherten personenbezogenen Daten im Rahmen eines Aufenthaltes im jeweiligen Krankenhaus abgerufen werden, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

 Ja Nein**an das/vom MVZ für Strahlentherapie Charité-Vivantes**

Zwischen der Charité, der Vivantes GmbH sowie dem gemeinsamen MVZ für Strahlentherapie Charité-Vivantes besteht ein enges Kooperationsverhältnis, um die medizinische und pflegerische Versorgung von gemeinsamen Patienten im jeweils anderen Partnerkrankenhaus und dem gemeinsamen MVZ abzustimmen. Mit Hilfe von EDV besteht die Möglichkeit ohne zeitliche Verzögerung auf ihre medizinischen Daten zugreifen zu können, die bei dem jeweiligen Kooperationspartner entstanden sind. Zugriffe auf ihre personenbezogenen Daten dürfen nur erfolgen, soweit es für die Erfüllung des Behandlungsauftrages erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die durch die Charité und Vivantes gespeicherten personenbezogenen Daten im Rahmen eines Aufenthaltes im jeweiligen Krankenhaus und des gemeinsamen MVZ abgerufen werden, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

 Ja Nein**an das/vom Ambulante(n) Gesundheitszentrum der Charité GmbH**

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen einer stationären Behandlung personenbezogenen Daten zur ambulanten Nachbehandlung an das **Ambulante Gesundheitszentrum (AGZ) der Charité GmbH** übermittelt werden dürfen, soweit es für die Mitbehandlung erforderlich ist. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

 Ja Nein

an die/von der Charité CFM Facility Management GmbH

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit unserer Tochtergesellschaft, der CFM Facility Management GmbH, als externem Dienstleistungsunternehmen zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die Charité CFM Facility Management GmbH weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung, der im nachfolgenden **Aufklärungstext** näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten, speichern und archivieren wird. Wir möchten in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass die Mitarbeiter der Charité CFM Facility Management GmbH, die die Daten verarbeiten, speichern und archivieren, dem Direktionsrecht des ärztlichen Direktors der Charité Universitätsmedizin Berlin unterstellt sind und ihrerseits eine qualifizierte Verpflichtungserklärung zur Verschwiegenheit über die zur Kenntnis erlangten Patientendaten abgegeben haben.

Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Nach Erledigung der Aufgabe der CFM Facility Management GmbH werden die Daten nach Ablauf der Archivierungsfrist – in der Regel 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung gemäß § 10 Abs. 3 MBO-Ä – soweit möglich – gelöscht bzw. vernichtet, wovon wir uns regelmäßig überzeugen.

Ich wurde darüber informiert, dass die Charité Universitätsmedizin Berlin im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an das externe Dienstleistungsunternehmen CFM Facility Management GmbH, z.B. zum Zwecke der Archivierung von Patientendaten und der Patientenmeldung übermittelt.

Aufklärungstext zur Datenübermittlung

Entsprechend der obigen Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an Dienstleister erhalten Sie nachfolgend ausführliche Informationen über die Art und den Umfang der Datenübermittlung an die Charité CFM Facility Management GmbH.

Kooperationspartner

Charité CFM Facility Management GmbH

Dienstleistung

Archivierung von Patientenakten, Dokumentation in EDV-Systemen, Bereitstellung/Ausleihe von Akten, Bestandspflege von Akten, alle administrativen Tätigkeiten in der Patientenmeldung (Patientenaufnahme) und Nachpflege/Aktualisierung

Übermittelte bzw. zu archivierende Daten

Alle Daten einer Patientenakte, d.h. alle persönlichen Daten über alle Behandlungsvorgänge- und zusammenhänge im Krankenhaus sowie Stammdaten, wie Vor- und Zuname, Patientennummer usw.

Klinisches Krebsregister

Die Länder Berlin und Brandenburg haben zur Verbesserung der onkologischen Versorgung einen Staatsvertrag geschlossen, wonach ein klinisches Krebsregister eingerichtet wird. Zweck des klinischen Krebsregisters ist die zentrale Erhebung, Zusammenführung und Auswertung aktueller medizinischer Daten von Tumorpatientinnen und Tumorpatienten mit dem Ziel der Sicherung und Verbesserung der tumorbezogenen medizinischen Versorgungsqualität. Im Falle einer Krebserkrankung und einem Wohnsitz in Berlin oder Brandenburg erfolgt eine Meldung der Charité an das Klinische Krebsregister für Brandenburg und Berlin GmbH Dreifertstraße 12 in 03044 Cottbus. Im Falle eines Wohnsitzes in einem anderen Bundesland wird die Meldung an das klinische Krebsregister der entsprechenden Bundesländer weitergeleitet.

Sie haben die Möglichkeit gegen die Speicherung von Daten aus einzelnen oder allen klinischen Krebsregistern zu widersprechen. Auch bei einem Widerspruch bleibt die Meldepflicht bestehen. In diesem Falle können Ihre Daten u.a. nicht für die direkte patientenbezogene Zusammenarbeit in Tumorkonferenzen genutzt werden.

Diesen Widerspruch können Sie gegenüber dem Charité Comprehensive Cancer Center (Hotline 030/450564222) oder dem Klinischen Krebsregister für Berlin und Brandenburg GmbH oder dem für Sie zuständigen Krebsregister eines anderen Bundeslandes erklären. Darüber hinaus haben Sie ein Auskunftsrecht gegenüber dem jeweils zuständigen Krebsregister.

Aushändigen von Kopien

Ich bin darüber belehrt worden, dass mir Unterlagen, die ich im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet habe, in Kopie auszuhändigen sind. Auf dieses Recht verzichte ich widerruflich, so dass mir in jedem Einzelfall das Recht verbleibt, eine Kopie zu verlangen.

Einbeziehung Studierender in die Behandlung

Ich bin darüber belehrt worden, dass Studierende der Medizin mit meiner Erkrankung und ihrer Behandlung vertraut gemacht werden und sie an dieser - in für die Ausbildung geeigneter Form - unter ärztlicher Aufsicht mitwirken. Dieses Einverständnis kann ich jeder Zeit widerrufen.

Information zur Datenübermittlung

Ich bin darüber informiert, dass

- im Falle einer Krebserkrankung auf der Grundlage des Gesetzes zur Einführung einer Meldepflicht für Krebserkrankungen eine Meldung durch das Charité Comprehensive Cancer Center (Klinisches Krebsregister) an das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) in 12621 Berlin erfolgt.

- die Charité zur Durchführung des Behandlungsvertrages folgende Leistungen durch Dritte veranlasst

- a) Laborleistungen bei der Labor Berlin - Charité Vivantes GmbH und der Labor Berlin – Charité Vivantes Service GmbH
- b) Leistungen zur Bereitstellung von Blutprodukten durch das Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin gGmbH
- c) Speiseversorgung und Krankentransport durch die Charité CFM Facility Management GmbH

und zu dem Zweck der Erbringung dieser Leistungen erforderliche Daten an diese Dritte übermittelt.

nur für Versicherte einer privaten Krankenversicherung

Nach § 17 c Krankenhausfinanzierungsgesetz sind Krankenhäuser verpflichtet, am elektronischen Datenaustausch mit deutschen privaten Krankenversicherungen teilzunehmen. Rechnungsbegründende Daten, wie Diagnosen, Prozeduren und unsere Rechnungen werden nicht mehr papiergebunden sondern nun auf elektronischem Wege übertragen. Dazu ist für diesen konkreten stationären Behandlungsfall Ihre Zustimmung erforderlich:

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

ich stimme zu:

ich stimme nicht zu:

Erklärung zum Zahlungsverzug

Das Klinikum kann sich bei Zahlungsverzug eines Inkassounternehmens bedienen. Der Unterzeichner stimmt der Weitergabe personenbezogener Daten, Diagnosen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen an Dritte zu. Die Weitergabe dieser Daten darf ausschließlich zum Zwecke der Rechnungserstellung in der Phase des Zahlungsverzugs sowie der Durchführung des gerichtlichen und außergerichtlichen Forderungseinzugs erfolgen.

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 **EURO 4,00 je Mahnung** vereinbart.

Bei Zahlungsverzug gelten im Übrigen die gesetzlichen Bestimmungen des BGB.

Datum

Unterschrift für das Universitätsklinikum

Unterschrift Patient bzw. bei
nichtunterschriftsfähigen Patienten des
gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten