

Name, Vorname des Patienten _____
 geboren am _____
 wohnhaft in _____
 (oder Patientenetikett)

Unterrichtung über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen und deren Inhalt

Die **gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen**, die von den Leitenden Ärzten persönlich oder unter ihrer Aufsicht nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt (§ 4 Abs.2 GOÄ) bzw. im unvorhergesehenen Verhinderungsfall von den Stellvertretern erbracht werden, werden vom Krankenhaus oder den Leitenden Ärzten berechnet. Die **Namen der ständigen Vertreter sind in der Anlage** zur Wahlleistungsvereinbarung gemäß § 4 Abs. 4 GOÄ aufgeführt.

Diese ärztlichen Wahlleistungen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Dies bedeutet, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses hinzukaufen. Sie sind **gesondert zu vereinbaren und vom Patienten zu bezahlen**. Vertragspartner sind nur der Patient und das Krankenhaus.

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf **alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses**, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, **einschließlich** der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten **Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses**.

Die Gebühren während der stationären, teilstationären, vor- und nachstationären privatärztlichen Behandlung werden im Sinne des § 6a GOÄ für die angefallenen und berechtigten Leistungen der Krankenhausärzte um 25 % gemindert. Bei einer **Leistungserbringung außerhalb des Krankenhauses** wird gemäß § 6a GOÄ das Honorar um 15 % gemindert.

Im Einzelnen richtet sich die konkrete **Abrechnung nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

Dieses Gebührenwerk weist folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistung zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der jeweils aktuell gültige Punktwert ist nach § 5 Abs. 1 GOÄ festgelegt. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in der Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel: (* der jeweils neueste Punktwert ist aus der aktuell gültigen **GOÄ** zu entnehmen - hier: Stand **01.01.02**)

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Punktzahl x Punktwert*) = Einfachsatz
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	80 x 5,82873 Cent* = 4,66 Euro

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalls. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze bei persönlichen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 3,5-fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5-fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3-fachen des Gebührensatzes.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht abstrakt vorhersagen. Hier kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. **Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe etc. diese Kosten deckt.**

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Chefarztsekretariate gerne zur Verfügung. Gleichzeitig haben Sie dort auch jederzeit nochmals die Gelegenheit, Einsicht in die GOÄ zu nehmen.

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____ Datum _____ Unterschrift Vertreter RKH _____

Name, Vorname des Patienten _____
 geboren am _____
 wohnhaft in _____
 (oder Patientenetikett)

**Einwilligung zur Datenübermittlung
 (nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 Abs. 3 S. 6 KHEntgG)**

Ich habe mich mit Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung vom _____
 für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen entschieden. Mir ist bekannt dass das Krankenhaus die

- Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G., Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart
- Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim (Tochtergesellschaft:
 ASZ-Abrechnungs- und Service-Zentrum GmbH, Rheinstraße 77 a in 76185 Karlsruhe für Druck und
 Versand der Rechnungen)
- Unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Noswendel

mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt hat. Auf der Wahlarztliste finden Sie zu jedem liquidationsberechtigten Arzt die entsprechende Abrechnungsstelle. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie **Name – Anschrift – Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dazugehörige Diagnosen und Behandlungsunterlagen erforderlich.**

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstellen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Für die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G., Bruno-Jacoby-Weg 11, 70597 Stuttgart und die Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH, C8,9, 68159 Mannheim gilt:

Die Forderungen aus wahlärztlicher Leistungen werden von uns an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G. bzw. Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest GmbH zum Zwecke des Forderungseinzugs abgetreten. Sie werden von diesem im eigenen Namen in Rechnung gestellt und für eigene Rechnungen eingezogen. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben bzw. sollte es hierüber zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommen, ist der Abrechnungsdienstleister Ihr Ansprechpartner und Prozesspartei.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus der jeweiligen zuständigen externen Abrechnungsstelle (die entsprechende Abrechnungsstelle finden Sie auf der Wahlarztliste) diese Daten zum Zwecke der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen übermittelt und im Fall der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Baden-Württemberg e.G. bzw. der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Südwest GmbH, diesen die Forderung zum Zwecke des Forderungseinzugs abtritt.

Ich entbinde meinen Wahlarzt und die über die Wahlarztkette an der Behandlung beteiligten Ärzte sowie die Krankenhausverwaltung von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlich ist.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Abrechnungsstelle und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

 Ort und Datum

 Unterschrift des Patienten

Name, Vorname des Patienten _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

(oder Patientenetikett)

Datenübermittlung**(nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17 c Abs. 5 KHG)**

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen sowie der Wahlleistung Unterbringung (**keine wahlärztlichen Leistungen**) zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

 Name des privaten Krankenversicherungsunternehmens

(Beihilfebegünstigte Patienten können wir diese Möglichkeit derzeit leider noch nicht anbieten).

 Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

1. Name des Patienten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Versichertenstatus,
5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
6. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Ich bin:

-
- gesetzliche versichert und habe eine Zusatzversicherung
-
-
- privat versichert
- 100 %
 - weniger als 100 %
 - Info: Wenn Sie weniger als 100 % versichert sind, können wir nicht direkt mit Ihrer Krankenversicherung und/bzw. Beihilfestelle abrechnen. Bitte reichen Sie die Rechnung nach Erhalt selbst ein.
 - für Wahlleistungen
 - Standardtarif/Basistarif
-
- Selbstzahler

**Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor-/Weiterbehandlern
(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO)**

- Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen
- Vorbehandler**
 - Weiterbehandler**
 - _____ [sonstigen Behandler*]

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

- Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem
- Vorbehandler**
 - _____ [sonstigen Behandler*]

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein **Vorbehandler** ist:

(Name und Anschrift)

Mein Weiterbehandler ist:

(Name und Anschrift)

Mein _____ **[sonstiger Behandler]** ist:

(Name und Anschrift)

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligungen erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Einwilligungen oder auch einzelne Teile ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerruf findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Anlage zur Walleistungsvereinbarung

Ich stimme hinsichtlich der wahlärztlichen Leistungen einer Rechnungsbegutachtung durch die gemeinsame Gutachterstelle der Bezirkskammer in Baden-Württemberg für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Patienten-Information Tele-Radiologie

Sollte es beim aktuellen stationären Aufenthalt medizinisch erforderlich sein, werden Bildaufnahmen (Röntgen-, CT-, MRT-, Angioaufnahmen) an andere Kliniken elektronisch zur Befundung versendet.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter der Patientenaufnahme.

Wertsachen und Patienteneigentum

Sie können Ihre Wertsachen zur Verwahrung im Krankenhaus abgeben.

- In das Krankenhaus dürfen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände mitgebracht werden.
- Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt.

Patienteninformation Krebsregister

Für den Fall der Malignität (Bösartigkeit) Ihrer Erkrankung erfolgt automatisch eine Meldung an das Krebsregister Baden-Württemberg. Falls Sie das nicht wünschen, teilen Sie uns das bitte mit. Sie haben dann die Möglichkeit, der Weitergabe Ihrer Daten zu widersprechen.

Hierzu haben Sie ein Informationsblatt ausgehändigt bekommen.

Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff, DS-GVO

Im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die wichtigsten Informationen zusammengestellt.

Sie finden entsprechendes Informationsmaterial in allen unseren Aufnahmebereichen sowie auf unserer Homepage www.rkh-kliniken.de. Selbstverständlich können Sie ein Exemplar erhalten. Bitte sprechen Sie unsere Mitarbeiter der stationären Aufnahme an.