

Angaben zum Patienten:

Fallnummer/Pat.-Nr Fachabteilung Station Aufnahme­datum Aufnahmezeit

Akad. Titel / Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon/email

Angaben zum Versicherungsverhältnis:

Name/ Anschrift Hauptversicherter (nur bei Familienversicherung)

Geburtsdatum

1. Zahlungspflichtiger

AZ / Vers.-Nr.

2. Zahlungspflichtiger

AZ / Vers.-Nr.

Name / Anschrift

Name / Anschrift

Einweisender Arzt / Krankenhaus

Name des Hausarztes

Weitere freiwillige Angaben:

Angehörige(r) oder sonstige Bezugsperson • Telefon / Anschrift

Hinweis auf Datenverarbeitung:

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status, meine freiwilligen Angaben zu meiner Konfession sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, Krankenhauseelsorge, Inkassounternehmen) übermittelt werden können:

Mit meiner Unterschrift willige ich ein:

- dass ich das Patientensicherheitsarmband während meines Krankenhausaufenthaltes trage
- dass zwischen den von mir angegebenen Ärzten/Mitbehandlern und dem Universitätsklinikum Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung übermittelt werden dürfen
- dass Patientenakten kurzfristig einem fremden Schreibdienst zur Bearbeitung überlassen werden
- dass meine Patientenunterlagen unter strengsten Sicherheitsvorkehrungen kurzfristig einem externen, schweige­verpflichteten Dienstleister zum Verfilmen und zur EDV-gerechten Aufbereitung überlassen werden
- dass meine Abrechnungsdaten digital an meine private Krankenversicherung nach §301 SGB versandt werden.
- mein Aufenthaltsort im klinikum darf anfragenden Personen mitgeteilt werden.

Ich wünsche privatärztliche Behandlung

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen sind wesentlicher Bestandteil dieses Aufnahme­vertrages und können in allen Aufnahme­stellen eingesehen werden. Von der Möglichkeit habe ich Kenntnis genommen.

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns zur Zahlung der für die Behandlung des obengenannten Patienten entstehenden und entstandenen Kosten, soweit diese nicht durch einen Sozialleistungsträger bezahlt werden.

Tübingen,

X

Unterschrift des Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters oder sonstiger Zahlungspflichtiger