

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer stationären/teilstationären Behandlung auf der **Komfortstation** 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 stationären/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 oder Ihrer behandelnden Ärztin.

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 Patientinnen/Patienten ab. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist die Patientin/der Patient als Selbstzahlerin/Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet, da Sie als Patientin/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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> in einem Einbettzimmer | <input type="checkbox"/> in einem Zweibettzimmer |
| <input type="checkbox"/> privatärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> 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

Geburtsdatum

Anschrift

Tel.-Nr.

Datum

Unterschrift