

Zwischen

Patientenetikett

Name, Vorname des Patienten

und dem

SRH Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg GmbH
Bonhoefferstrasse 5, 69123 Heidelberg

über die vollstationäre/ teilstationäre/ vor- und nachstationäre Behandlung zu den aktuell gültigen allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen.

Diese AVB liegen können auf Nachfrage eingesehen werden. Die Geltung der AVB ist hiermit ausdrücklich vereinbart.

Hinweis:

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Über die Möglichkeit der Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen wurde ich informiert.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten:
des oder der Sorgeberechtigten)

Unterschrift des
Krankenhausmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

Ort, Datum

Unterschrift des Vertreters

Angaben des Vertreters (bitte in Druckbuchstaben)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift des Vertreters