

Patientenetikett

Sehr geehrte/r Patient/in,

nachfolgende gekennzeichnete Unterlagen wurden Ihnen übergeben.

Übersicht der Unterlagen bei der Wahl einer Wahlleistung

(nicht zutreffendes wird gestrichen)

- Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen
Patienteninformation ist VOR der Vereinbarung wahlärztlicher Leistung auszuteilen!
- Wahlleistungsvereinbarung
 - Ärztliche Leistungen
 - 1-Bett-Zimmer
 - 2-Bett-Zimmer
- Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung
- Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe an die PVS Südwest
- Einwilligungserklärung an ein Unternehmen der PKV

Hiermit quittieren Sie den Erhalt der Unterlagen sowie den Erhalt einer Kopie dieses Schriftstückes.

Datum der Aushändigung: _____

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter

Unterschrift Patient

Wichtige Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Begriff, eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen zu unterzeichnen. Hierfür ist gesetzlich vorgeschrieben, dass jeder Patient VOR Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen schriftlich zu unterrichten ist. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

1. Die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz unterscheidet zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Sofern Sie gesetzlich krankenversichert sind, entstehen Ihnen für die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen außer den gesetzlichen Zuzahlungen keine gesonderten Kosten.

Wahlleistungen hingegen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Diese sind gesondert zu vereinbaren und **vom Patienten zu bezahlen**.

2. Für sogenannte **wahlärztliche Leistungen** bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses hinzukaufen. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden.

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

3. Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der **amtlichen Gebührenordnung für Ärzte/Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ/GOZ)**. Diese Gebührenwerke weisen folgende Grundsystematik auf:

Beispiel:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz), gerundet
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in der zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistungen zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Diese Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der derzeit gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei 5,82873 Cent.

Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Palte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

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 Leistungen oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem Einfachen und dem 3,5fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8, für Labortleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3. Daneben werden die Gebühren gemäß § 6a GOÄ um 25% bzw. 15 % gemindert.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen, eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V etc. diese Kosten deckt.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

- Frau Sylvia Gonzalez (Durchwahl -4049 oder an sylvia.gonzalez@srh.de)
- Frau Andrea Kress (Durchwahl -4049 oder an andrea.kress@srh.de)

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in die GOÄ/GOZ nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Vertreter

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter

Wahlleistungsvereinbarung

zwischen

Patientenetikett

Anschrift des Patienten:

 Straße, Nr.

 PLZ, Wohnort

und dem

SRH Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg GmbH
Fachklinik für Innere Medizin und Neurologie
Bonhoefferstr. 5, 69123 Heidelberg

über die Gewährung der nachstehenden angekreuzten gesondert berechenbaren Wahlleistungen

- die **ärztlichen Leistungen** aller an der Behandlung beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztliche geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung.

Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der jeweiligen Fachabteilung bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen nachfolgend benannten ständigen ärztlichen Vertreter einverstanden:

	Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
<input type="checkbox"/>	Neurologie	Hr. Dr. Becker	Hr. Dr. Kablau
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin	Dr. Ehlermann	Hr. Lages
<input type="checkbox"/>	Hämostaseologie	Dr. Huth-Kühne	Hr. Lages

- Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Eigenes WC mit Dusche	155,00 €

- Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
WC mit Dusche	78,00 €

- Unterbringung und Verpflegung einer **Begleitperson**.
 - Entgelt je Berechnungstag 37,00 € (ohne Verpflegung).
 - Entgelt je Berechnungstag 55,00 € (mit Verpflegung).

Hinweise:

- Die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.
- Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
- Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte, der Konsiliarärzte oder der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen – auch wenn bereits Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden – nicht mit dem Krankenhaus, sondern unmittelbar mit dem Belegarzt oder dem Konsiliararzt oder der fremden Einrichtung zu treffen.
- Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.
- Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB v) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.
- Die gesonderte berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ/GOZ) der von dem ständigen ärztlichen Vertreters (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Einrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Vereinbarung für den Fall vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes

zwischen

Patientenetikett

Anschrift des Patienten:

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

und dem

SRH Kurpfalzkrankenhaus Heidelberg GmbH Fachklinik für Innere Medizin und Neurologie

Ich wünsche die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen.

Am bin ich um Uhr in einem Gespräch durch den Krankenhausmitarbeiter
Frau/Herr darüber informiert worden,

dass der Wahlarzt der Fachabteilung, Frau/Herr zu dem geplanten
Behandlungstermin verhindert ist und deshalb die bei mir vorgesehene Behandlung nicht persönlich
durchführen kann.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich angesichts dieser Situation die Wahl habe, die vorgesehene
stationäre ärztliche Behandlung

- bis zur Rückkehr oder bis zu dem Wegfall der Verhinderung des Wahlarztes zu verschieben,
- künftig insgesamt als allgemeine Krankenhausleistung, d.h. ohne Inanspruchnahme wahlärztlicher
Leistungen grundsätzlich durch den jeweiligen diensthabenden Arzt durchführen zu lassen,
- durch den ständigen ärztlichen Vertreter von

Frau/Herr [Name des Wahlarztes],

Frau/Herr [Name des ständigen ärztlichen Vertreters]

durchführen zu lassen.

In Kenntnis dieser Möglichkeiten habe ich mich dazu entschlossen, die stationäre ärztliche Behandlung durch
den ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes durchführen zu lassen mit der Folge, dass von mir ein
wahlärztliches Honorar in gleicher Weise wie im Falle der persönlichen Leistungserbringung durch
diese/diesen selbst zu entrichten ist.

Diese Vereinbarung ergänzt die Wahlleistungsvereinbarung vom

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Vertreter

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung

(Art. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von uns zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS Südwest GmbH, eine berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die beigefügte Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Empfänger der Daten ist die PVS Südwest GmbH, sie unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS Südwest GmbH als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse C 8, 9, 68159 Mannheim oder Tel.: 0621-1640 bzw. E-Mail: rechnung@pvs-suedwest.de.

Die von der PVS Südwest GmbH verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Südwest GmbH E-Mail: datenschutz@pvs-suedwest.de oder Fax: 0621-1645370. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“ die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-sudwest.de.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg; Königstraße 10a, 70173 Stuttgart; Telefon 0711/615541-0, Telefax 0711/615541-15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de. Homepage: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Klinikstempel

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Privat	KVB I-III	KVB IV	Post B	BG	Standard-Tarif	Basis-Tarif	Student
Name des Zahlungspflichtigen				Vorname			
Ehegatte, Sohn, Tochter				geb. am			
Straße							
PLZ		Wohnort					

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS Südwest GmbH zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS Südwest GmbH ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten. Sie steht unter ärztlicher Leitung und ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS Südwest GmbH unterliegt als Berufsheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten privatärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS Südwest GmbH, Geschäftsstelle Mannheim, C 8, 9, 68159 Mannheim bzw. Geschäftsstelle Karlsruhe, Rheinstraße 77a, 76185 Karlsruhe und den Druck und Versand der Rechnungen durch deren Tochtergesellschaft ASZ-Abrechnungs- und Servicezentrum GmbH, Rheinstraße 77a in 76185 Karlsruhe, einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass die PVS Südwest GmbH die Leistungen meines Arztes und gegebenenfalls an der Behandlung beteiligten Ärzte im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS Südwest GmbH einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Südwest GmbH Prozesspartei; mein Arzt und die an der Behandlung beteiligten Ärzte können als Zeuge gehört werden.

3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinen Ärzten widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen Arzt/Praxis und der PVS Südwest GmbH keine weitere Datenübermittlung zwischen den Ärzten und der PVS Südwest GmbH mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlicher Vertreter/Vertretungsberechtigte

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt

Name, Vorname (sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an ein Unternehmen der PKV

(Einverständniserklärung gem. § 17c Abs. 5 KHG)

Hiermit mache ich,

Patientenetikett

im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen gebrauch.

Name und Anschrift des **privaten Krankenversicherungsunternehmens**

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 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.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen privatem Krankenversicherungsunternehmen und Krankenhaus statt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Vertreter