

Name, Vorname des Antragstellers \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße \_\_\_\_\_

## Behandlungsvertrag nur für ambulante Behandlung

An das **Universitätsklinikum des Saarlandes Homburg/Saar**

Ich beantrage für mich selbst, für den Patienten \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

die ambulante Untersuchung und Behandlung durch das Universitätsklinikum des Saarlandes Homburg zu den geltenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und übernehme die gesamtschuldnerische Haftung für das Entgelt. Ich bin ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen und auf den Tarif für ambulante Leistungen (DKG-NT) bzw. auf die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Verbindung mit dem Kostentarif für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Leistungen (ZMK-NT) hingewiesen worden und erkenne diese als verbindlich an.

Ich bin/der Patient ist Kassenpatient und verpflichte mich/verpflichtet sich einen gültigen Überweisungsschein spätestens innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme der Ambulanz nachzureichen (§ 18 Abs.1 Nr. 1 Bundesmantelvertrag/Ärzte (BMV-Ä)). Dies gilt bei Notfallbehandlung nur im Falle der Weiterbehandlung durch das Universitätsklinikum. Patienten der Kliniken für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde können das UKS ohne Vorlage eines Überweisungsscheines aufsuchen. Hier reicht die Vorlage einer gültigen KV-Karte. Bei Nichtvorlage eines gültigen Überweisungsscheines bzw. einer gültigen KV-Karte erfolgt die Abrechnung mit mir/dem Patienten als Selbstzahler. Dauert die Untersuchung oder Behandlung länger als ein Quartal, bin ich/ist der Patient verpflichtet, zu Beginn des folgenden Quartals einen neuen gültigen Überweisungsschein bzw. eine gültige KV-Karte vorzulegen. Der Behandlungsvertrag hat Gültigkeit für die Dauer der Untersuchung oder Behandlung.

Ich bin/der Patient ist Selbstzahler

Ich bin darüber informiert worden, daß die Daten des Patienten/der Patientin zur Durchführung der Behandlung, zur Leistungsabrechnung und zur Erfüllung der klinischen Dokumentationspflicht gespeichert, genutzt und übermittelt werden dürfen. Dabei sind die Datenschutzgesetze und das Saarländische Krankenhausgesetz zu beachten.

Ich bin darüber informiert worden, daß Eintragungen in die gelb gekennzeichneten Felder des Aufnahmeformulars freiwillig sind. Die Angabe des Datums „verheiratet“ dient allein der verwaltungsinternen Leistungsabrechnung. Die Konfession wird mit dem Namen dem Klinikseelsorger auf der Station zur Verfügung gestellt. Ich bin mit der Verarbeitung der freiwillig erhobenen Daten zu den angegebenen Zwecken einverstanden.

Nachname, Vorname des Patienten		akademischer Titel	Geburtsdatum des Patienten		Geschlecht
Geburtsname		Geburtsort	Staatsangehörigkeit	verheiratet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Konfession
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort		Telefon
Aufnahme-Datum	Aufnahme-Zeit	Zugangs-Art	Klinik/Station	Leistungen	
1. Kostenträger/Krankenkasse		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
Name, Vorname des Versicherten		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Geburtsdatum	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber (nur bei Arbeits- und Wegeunfällen)			
Name, Vorname des Rechnungsempfängers		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Einweisender Arzt/Einw.Krankenhaus		Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
Unfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Unfallart		Unfallort	Unfall-Datum
<input type="checkbox"/> Diese Angaben werden nicht verlangt, Eintragungen können freiwillig gemacht werden.			<input type="checkbox"/> Diese Felder bitte freilassen.		

Die von mir gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufnehmenden\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers