

**Aufnahmevertrag  
für Patienten mit privater Krankenversicherung**

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**geb. am:** ..... **Telefon.:** .....

**Wohnort:** .....

Hiermit erkläre ich mich bereit, die anfallenden Kosten, wie in den Ergänzungen und Erläuterungen zum Aufnahmevertrag unter Ziffer (1) zusammengestellt, für meinen stationären Aufenthalt in der Ostseeklinik Prerow zu tragen sowie hierauf die vom Klinikträger geforderten Vorschüsse und Zwischenrechnungen zu bezahlen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich auch im Falle eines Anspruchs auf Kostenerstattung aus privater Versicherung oder nach Beihilferegeln ausschließlich selbst Vertragspartner und damit Schuldner des Klinikträgers bzw. des Chefarztes bleibe mit der Folge, dass Sie sich wegen aller nicht von dritter Seite gezahlten Beträge an mich halten werden.

Wegen weiterer wichtiger Einzelheiten werde ich auf die Ziffern (2) und (3) der Ergänzungen und Erläuterungen zum Aufnahmevertrag verwiesen.

Die Betreuung erfolgt durch den Chefarzt oder seinen Vertreter im Amt.

Chefarztbetreuung gewünscht  ja  nein

Tagessatz **mit** Chefarztbetreuung: 145,50 €

- a. Es erfolgt gesondert eine Abrechnung gemäß dem aktuell gültigen Stand der Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen (GOÄ).
- b. Es erfolgt gesondert eine Rechnung über therapeutische Leistungen.

Tagessatz **ohne** Chefarztbetreuung: 145,50 €

Es erfolgt gesondert eine Rechnung über therapeutische Leistungen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Klinik

.....  
Unterschrift des Patienten

## **Ergänzungen und Erläuterungen zum Aufnahmevertrag**

1. a) Die Kosten der stationären Behandlung setzen sich zusammen aus der Vergütung für Unterkunft und Verpflegung, sowie der Liquidation der Kurmittel und des ärztlichen Honorars.  
Die Höhe des Tagessatzes richtet sich nach unseren für den jeweiligen Zeitpunkt der Leistungen gültigen Vergütungssätzen;  
  
    Psychotherapie nach GOÄ  
    Therapeutische Leistungen (Physiotherapie, Sporttherapie)
- b) Fremdleistung, z. B. externe Untersuchungen und konsiliarische Leistungen, werden durch den Fremdleister nach GOÄ direkt berechnet.
- c) Die Kosten werden unverändert berechnet, wenn bei Abwesenheit des liquidationsberechtigten Chefarztes die Behandlung durch einen der genannten persönlichen Vertreter erfolgt.
- d) Die Klinik ist ermächtigt, die Vergütung für alle unter 1. a) genannten Leistungen im eigenen Namen einzuziehen.
2. a) Die Kosten der stationären Behandlung können von einer privaten Krankenkasse und / oder Beihilfe übernommen werden.  
Bestehen solche Ansprüche, ist es Ihre Aufgabe, die Leistungszusagen dieser Stelle **vor Beginn der Behandlung** einzuholen. (Siehe dazu das anhängende Merkblatt).
- b) Das gleiche gilt für die Krankenhaus-Tagegeld-Versicherung.
3. Sollten Sie die stationäre Behandlung nicht oder nicht rechtzeitig antreten, schulden Sie gleichwohl den Tagessatz einschließlich Zimmerzuschlag unter Abzug von 30 % ersparter Aufwendungen für die Zeit, in der das Zimmer nicht belegt werden kann, längsten für 5 Tage.  
Das gleiche gilt für eine nicht aus medizinischen Gründen beruhende Unterbrechung und einen vorzeitigen Abbruch der stationären Behandlung.

## **Merkblatt für Privatkrankenversicherte**

Die private Krankenversicherung unterscheidet zwischen allgemeinen Krankenhäuser und Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Um eine solche Krankenanstalt handelt es sich bei unserem. Daraus ergeben sich für privat Krankenversicherte einige Besonderheiten.

Beim Versicherungsunternehmen ist nach § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeld-Versicherung (MB/KK) vor Beginn der Behandlung eine Leistungszusage zu beantragen. Ohne eine schriftliche Zusage der Versicherung besteht auch für eine notwendige stationäre Behandlung keine Leistungspflicht. Diese Bestimmung hat den Zweck, die Versicherten vor finanzieller Unsicherheit zu bewahren, denn die Unternehmen der privaten Krankenversicherung kommen für Kurkosten grundsätzlich nur auf, wenn dafür ein besonderer Versicherungsschutz besteht, z. B. im Rahmen eines Spezialtarifs.

Eine verbindliche Leistungszusage kann der Versicherte nur erwarten, wenn die medizinische Notwendigkeit stationärer Behandlung den Untersuchungsergebnissen (Befunden) der vorbehandelnden Ärzte zu entnehmen ist. Die bloße Bescheinigung, eine Krankenhausbehandlung sei notwendig, genügt nicht. Deshalb sollte der Versicherte gleich einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Aus diesem Bericht des einweisenden Arztes müssten sich für den Gutachter der Versicherung die Notwendigkeit stationärer Behandlung und die Gründe dafür ergeben, dass die Behandlung nicht ambulant durchgeführt werden kann.

Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Versicherung. Das gilt besonders für gesetzlich Versicherte mit privater Zusatzversicherung. Gesetzliche und private Krankenversicherungen haben für Ihre Leistungen unterschiedliche Rechtsgrundlagen. Darum müssen bei beiden Versicherungsträgern getrennte Leistungsanträge gestellt werden.