



Aufnahmevertrag für Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse

.....
Name

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon Nr.

.....
Wohnort

.....
Straße, Nr.

Hiermit erkläre ich mich bereit, sowohl die anfallenden Kosten in Höhe von 142,65 Euro/Tag für meinen stationären Aufenthalt in der Ostseeklinik Prerow als auch die vom Klinikträger geforderten Vorschüsse und Zwischenrechnungen zu bezahlen.

Im vorgenannten Tagessatz sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die ärztlichen und therapeutischen Leistungen sowie die Kurtaxe enthalten.

Wir möchten Sie bitten, Medikamente, die Sie ständig benötigen, in der für den Aufenthaltszeitraum ausreichenden Menge, wie auch sonstige Heil- und Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, etc.) mitzubringen.

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 bleibe. Für die Begleichung von dritter Seite nicht oder nicht in voller Höhe gezahlter Beträge bin ich selbst verantwortlich.

.....
Prerow, Datum

.....
Unterschrift Klinik

.....
Unterschrift des Patienten