

Wahlleistungsvereinbarung Begleitperson

Zwischen Name, Vorname (Begleitperson) Geburtsdatum Anschrift	und Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH Freisestraße 9/10 38118 Braunschweig
--	--

Ich beantrage die nachstehend angekreuzten **gesondert berechenbaren Wahlleistungen** ab dem

- _____
- () Begleitperson mit Inanspruchnahme eines **Bettes** (45,00 EUR je Berechnungstag)
- () Begleitperson mit zusätzlich eingeschobener **Liege** (25,00 EUR je Berechnungstag)

Angaben zu Patient/-in: _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet.

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.

Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

Es gelten die in den Allgemeinen Vertragsbestimmungen und in dem Pflegekostentarif bzw. Krankenhausentgelttarif oder PEPP-Entgelttarif im Städtischen Klinikum Braunschweig gGmbH genannten Bedingungen.

Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass ich die Allgemeinen Vertragsbedingungen bei der stationären Patientenmeldung des Städtischen Klinikum Braunschweig einsehen kann.

Braunschweig, den _____

Unterschrift Begleitperson/ Verpflichteter

i.A. _____
Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters