

## Behandlungsvertrag

**zwischen**

.....  
Name, Vorname des Patienten / der Patientin

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Wohnort

**und der**

MEDIAN Klinik Eschenburg GmbH & Co.KG als Träger der MEDIAN Klinik Eschenburg

über die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen (stationär) zu den in den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Klinik niedergelegten Bedingungen.

Die AVB der Klinik sind Bestandteil dieses Vertrages. Dem Patienten wurden die AVB übergeben; er hat von ihrem Inhalt Kenntnis genommen und erklärt sich damit einverstanden.

**Wichtiger Hinweis:**

Für den Fall, dass die Behandlungskosten nicht durch einen Sozialleistungsträger oder einen sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträger (z.B. Krankenkassen) oder eine private Zusatzversicherung übernommen werden, ist der Patient ganz oder teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Klinikeistungen verpflichtet.

Sofern Zusatzleistungen in Anspruch genommen werden, besteht nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers. In diesem Fall ist der Patient als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die Klinikeistungen verpflichtet.

Die Klinik rechnet die Regelleistungen bei gesetzlich Versicherten direkt mit dem zuständigen Kostenträger ab. **Etwaige Eigenanteile und Zuzahlungen, die der Patient nach gesetzlichen Vorschriften zu tragen hat, werden dem Patienten gesondert berechnet.**

Der Patient bevollmächtigt die Klinik hiermit, gegebenenfalls erforderliche Laborleistungen in seinem Namen zu beauftragen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten / der Patientin  
(bei Minderjährigen: auch des / der Sorgeberechtigten)

.....  
Unterschrift Mitarbeiter/in der Klinik

- Ich habe das alleinige Sorgerecht.
- Der/Die weitere Inhaber/in des gemeinsamen Sorgerechts ist ebenfalls einverstanden.

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

.....  
Name, Vorname des Vertreters / der Vertreterin

.....  
Anschrift des Vertreters / der Vertreterin

.....  
Unterschrift des Vertreters / der Vertreterin

## **Empfangsbekenntnis**

Ich habe jeweils eine Ausfertigung

- des Behandlungsvertrags
- der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- der Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen Hausarzt sowie sonstigen Leistungserbringern und Klinik / Rehabilitationseinrichtung
- der Einwilligung in die Datenverarbeitung
- der Patienteninformation zu gesetzlichen Zuzahlungen
- der Hausordnung
- des Rückfallmanagements

erhalten.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten / der Patientin  
(bei Minderjährigen: des / der Sorgeberechtigten)

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

.....  
Unterschrift des Vertreters / der Vertreterin