

Vereinbarung über Zusatzleistungen

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 Gewährung der nachstehend angekreuzten **gesondert berechenbaren Zusatzleistungen** zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), in der Patienteninformation sowie den nachfolgend genannten Bedingungen und Hinweisen.

a) Zusatzleistung Unterkunft

Ich nehme die folgende Zusatzleistung Unterkunft in Anspruch:

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer lt. Leistungsbeschreibung pro Tag

15,00 EUR

b) Gesondert berechenbare medizinische Leistung

Ich nehme die folgenden gesondert berechenbaren medizinischen Leistungen in Anspruch:

.....

EUR

Hinweise:

- Die Vereinbarung erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.
- Die vereinbarten gesondert berechenbaren Zusatzleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten der Klinik erbracht, soweit dadurch die Regelleistungen nicht beeinträchtigt werden.

- Die Klinik kann den Abschluss einer Vereinbarung von Zusatzleistungen bei Patienten, die die Kosten einer früheren Behandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Die Klinik kann die Erbringung von Zusatzleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der Regelleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich ist; im Übrigen kann der Patient die Vereinbarung an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages kündigen; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Seiten ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- Sofern Zusatzleistungen vereinbart worden sind, kann die Klinik sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangen.

Hinweis:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Zusatzleistungen besteht kein gesetzlicher Versicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Zusatzleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung / sonstige Kostenträger / Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

.....
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:

.....
Unterschrift des Vertreters / der Vertreterin