

Aufnahmevertrag

Hiermit bitte ich,(Name, Vorname)

.....(Wohnort, Straße)

.....(Geburtsdatum)(Telefon)(Beruf),

um Aufnahme in die „Privatklinik Dr. Blohm“ in 25821 Breklum, Kirchenstraße 6-8 , Tel.: 04671/9421814

Ich möchte gern am(Datum) anreisen und buche einen Aufenthalt

vom..... (Behandlungsstart) bis..... (Behandlungsende).

1. Therapeutische Leistungen:

- Ich wähle für die Therapie den **Pauschalsatz von Euro 1.188,81 p. Woche** zur Abgeltung aller erforderlichen therapeutischen Leistungen; eine Woche beinhaltet 6 Therapietage, der Sonntag ist therapiefrei.
- Ich wähle die Abrechnung aller therapeutischen Leistungen nach der **Einzeltarifliste** nach den zurzeit gültigen Tarifen. Ich bestätige ausdrücklich, dass mir die gültige Liste bei Vertragsabschluß vorgelegen hat.

(Bitte auch den Kostenträger nach der Erstattungsvariante fragen)

2. Unterbringung:

- Ich möchte in der „Privatklinik Dr. Blohm“ wohnen und buche ein Einzelzimmer. Der Tagessatz beläuft sich auf **89,25 Euro / Tag inkl. Vollverpflegung**.

Die Wahl der Tarife gilt für den gesamten Aufenthalt / die gesamte Therapiedauer und ist nur bis zur Erstellung der ersten Abrechnung änderbar.

Preise beinhalten die für Kliniken ab dem 01.01.2009 gültige MwSt. von 19%.

3. Bezahlung/Sonstiges:

Die **Kosten für die ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen** sind mir aus den überlassenen Unterlagen (bei Anreise gültige Preisliste) bekannt, ich stimme einem Behandlungsvertrag mit der „Privatklinik Dr. Blohm“, vertreten durch den leitenden Arzt, Herrn Dr. med. Wolfgang Blohm, zu.

Auf Wunsch besteht die Möglichkeit der digitalen Aufzeichnung meiner Therapiesitzungen. Die Datenschutzbestimmungen bleiben davon unberührt.

Da Alkohol die gemeinsame therapeutische Arbeit in erheblicher Weise gefährden kann, erkläre ich mich einverstanden, dass der Genuss alkoholischer Getränke während der Therapiedauer in den Räumen des

Krankenhauses unterbleibt und nehme zur Kenntnis, dass durch Trunkenheit/Alkohol beeinflusste Verhaltensweisen zum Therapieabbruch führen.

Am Ende jeder Kalenderwoche zahle ich einen Abschlag auf die erbrachten therapeutischen Leistungen.

Zahlungswunsch: (Bitte Entsprechendes ankreuzen)

- EC-Karte**
- bar**
- per Bankeinzug:** (Bank) (BLZ)
..... (Konto) (Kontoinhaber)

Bei **Einzelabrechnung** wird eine detaillierte Rechnung ausgestellt. Ich nehme bei der Leistungsabrechnung nach der Einzeltarifliste zur Kenntnis, dass einige Leistungen nicht auf Basis der GOÄ darstellbar sind und akzeptiere alle Inhalte und die Steigerungssätze in dem Wissen, dass für diese Leistungen eine Erstattung oder Vergütung durch Erstattungsstellen *möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist* (§2(2)GOÄ).

Die Nichtinanspruchnahme terminierter Therapie-Einheiten befreit nicht von der Zahlungspflicht, sofern nicht ein eigenes Verschulden ausgeschlossen werden kann. Bei Rücktritt nach schriftlicher Anmeldung wird für Verwaltungsarbeiten eine Pauschale von **Euro 110,-** erhoben.

Bei vorzeitiger Abreise gegen ärztlichen Rat, bei *Therapieabbruch durch eigenes Verschulden*, oder *Nicht-Antritt ohne Angabe von Gründen oder rechtzeitiger Absage (mind. 48 Stunden vorher) eines gebuchten Aufenthaltes*, werden 75% der Kosten für den nicht genutzten Aufenthaltszeitraum in Rechnung gestellt. Dem Patienten bleibt der Nachweis gestattet, dass der Schaden überhaupt nicht oder niedriger entstanden ist.

Mit den Aufnahme- und Zahlungsbedingungen erkläre ich mich einverstanden.
Zahlungs- und Erfüllungsort ist Breklum.

.....(Ort/Datum)

.....(Unterschrift)