

# Behandlungsvertrag

zwischen



KINDERKRANKENHAUS

**Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin**  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten **Patientenetikett**

Anschrift des Patienten

## Bei minderjährigen Patienten gesetzliche/r Vertreter/in:

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters (Vater)

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters (Mutter)

Anschrift des gesetzlichen Vertreters (Vater)

Anschrift des gesetzlichen Vertreters (Mutter)

### (Zutreffendes ggf. ankreuzen)

allein sorgeberechtigt (Vater)

gemeinsam

allein sorgeberechtigt (Mutter)

sorgeberechtigt

Sonstiger Vertreter:

BITTE  
DRUCKBUCHSTABEN

## und der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH

über die vollstationäre / teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH (AVB) und im Pflegekosten- bzw. Krankenhausentgelttarif niedergelegten Bedingungen.

- Der Behandlungsvertrag wird mit dem / den gesetzlichen Vertreter(n) geschlossen (Vertrag zugunsten Dritter).  
 Die/der gesetzliche(n) Vertreter erklären/erklärt ihre/seine Einwilligung in den Abschluss des Behandlungsvertrages mit dem beschränkt geschäftsfähigen Patienten.  
 Der Behandlungsvertrag wird mit dem Patienten geschlossen.  
 Der Behandlungsvertrag wird mit \_\_\_\_\_ geschlossen (Vertrag zugunsten Dritter).

Die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH verpflichtet sich, die notwendigen und zweckmäßigen Krankenhausleistungen (allgemeine Krankenhausleistungen) zu erbringen.

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkasse). Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient bzw. die für ihn den Vertrag abschließenden Personen ganz oder teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

## Empfangsbekanntnis:

Ich habe eine Ausfertigung des Behandlungsvertrages erhalten.

## Einverständniserklärung:

Mit der Geltung

1. der Allgemeinen Vertragsbedingungen der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH (AVB),
  2. des Pflegekostentarifs bzw. Krankenhausentgelttarifs und der Unterrichtung des Patienten nach § 14 BPfIV bzw. § 8 KHEntgG,
  3. der Hausordnung (liegt im Patientenzimmer aus) und
  4. der Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten
- erkläre ich mich einverstanden.

Mir wurde angeboten, die entsprechenden Texte einzusehen.

Sofern eine Wahlleistung gewünscht wird, ist diese zusätzlich abzuschließen.

Ich wünsche eine Kopie der Einwilligungserklärung Datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten  
bei minderjährigen Patienten:  
Gesetzliche/r Vertreter

Krankenhausmitarbeiter/-in

**Anschrift:**  
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH  
Grillparzerstraße 9  
84036 Landshut

**Kommunikation:**  
Tel.: 0871 852-0 Fax: 0871 21230  
[www.kinderkrankenhaus-landshut.de](http://www.kinderkrankenhaus-landshut.de)  
kinderkrankenhaus@st-marien-la.de

**Bankverbindung:**  
Liga Bank e.G., Regensburg  
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78  
BIC: GENODEF1M05

**Geschäftsführer:**  
Bernhard Brand  
**Aufsichtsratsvorsitzende:**  
Schw. M. Christine Mirlach  
Kongregation Solanusschwestern

**Sitz der Gesellschaft:**  
Landshut, HRB 9742  
**Steuer-Nummer:**  
132/147/01000