

**VERTRAG ÜBER EINE PRIVATBEHANDLUNG  
IN DER  
KURPARKKLINIK HEILBAD HEILIGENSTADT**

zwischen

\_\_\_\_\_  
(Vorname(n) und Nachname des Rehabilitanden)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum und -ort)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

**Vertreten durch (gesetzliche Vertretung/Bevollmächtigten)**

\_\_\_\_\_  
(Vorname(n) und Nachname des Rehabilitanden)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum und -ort)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

(nachfolgend: Rehabilitand)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Vertrag die männliche Form verwendet. Diese gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

und

**der Kurparklinik - Fachklinik für Orthopädie und Innere Medizin  
(Klinikgesellschaft Heilbad Heiligenstadt mbH)  
Felgentor 4  
37308 Heilbad Heiligenstadt**

(nachfolgend: Klinik)

## I. Rehabilitationsklinik

Die Klinik ist eine Rehabilitationsklinik. Für die Inanspruchnahme der mit diesem Behandlungsvertrag geregelten stationären Privatbehandlung besteht keine Pflicht zur Kostenübernahme durch einen gesetzlichen Kostenträger. Der Rehabilitand übernimmt auch ungeachtet einer gegebenenfalls bestehenden Einstandspflicht anderer Kostenträger aufgrund beamtenrechtlicher Beihilfe oder einer privaten (Zusatz-) Versicherung als Selbstzahler die persönliche Verpflichtung zur Vergütung seiner Behandlung in der Klinik.

Der Vertrag wird zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen (nachfolgend: AVB) der Klinik (**Anlage 1**) für die Dauer des Aufenthalts geschlossen.

## II. Angaben des Rehabilitanden

Der Rehabilitand versichert, dass seine Angaben zur Person und zur Wohnanschrift wahrheitsgemäß sind und dem aktuellen Stand entsprechen.

## III. Vertragsgegenstand, Vergütung

1. Die Parteien vereinbaren eine Privatbehandlung in der Abteilung

- Orthopädie
- Innere Medizin / Kardiologie

für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis einschließlich zum \_\_\_\_\_

2. Die Vergütung richtet sich nach der jeweiligen aktuellen Preisliste der Klinik für Tagessätze der Abteilungen (**Anlage 2**) und beinhaltet neben der Unterkunft in einem Einzelzimmer, die Verpflegung, Pflege, allgemeine ärztliche Versorgung und sonstige Versorgung des Rehabilitanden einschließlich der dabei anfallenden Sachkosten. Alle für die Rehabilitationsbehandlung notwendigen Arzneimittel werden zusätzlich nach tatsächlichen Kosten berechnet. Die im Rahmen der stationären Rehabilitation erbrachten Therapien und Anwendungen werden zusätzlich gemäß der jeweils aktuellen Hauspreisliste für Anwendungen und Therapien (**Anlage 3**) berechnet. Ebenfalls wird bei Vorliegen einer Pflegestufe lt. Barthel-Index ein Aufschlag zum Tagessatz in Rechnung gestellt. (**Anlage 2**).

#### **IV. Unterbringung**

Der Rehabilitand hat das Recht, neben der Unterbringung in einem Einzelzimmer auch ein Einzelzimmer mit besonderem Komfort zu wählen. Außerdem kann die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson ggf. auch im Zimmer (Doppelzimmer) des Rehabilitanden gesondert vereinbart werden. Alle diesbezüglichen Zusatzentgelte ergeben sich aus der beigefügten aktuellen Einzelzimmerpreisliste (**Anlage 4**). Die Komfortmerkmale der besonderen Einzelzimmer können der **Anlage 4** entnommen werden.

- Komfort-Einzelzimmer
  
- mit Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im Zimmer des Rehabilitanden

#### **V. Der Rehabilitand vereinbart für seinen Aufenthalt wahlärztliche Leistungen**

Der Rehabilitand kann wahlärztliche Leistungen vereinbaren (Wahlärzte siehe unten). Dann rechnet die Klinik alle ärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils aktuellen Fassung ab.

1. Die speziellen Informationen bei wahlärztlichen Leistungen können der **Anlage 5** entnommen werden.
2. Der Rehabilitand wünscht wahlärztliche Leistungen und vereinbart diese

Ja       Nein

3. Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der jeweiligen Fachabteilung übernimmt dessen Aufgaben sein nachfolgend benannter ärztlicher Vertreter (Liste der ständigen ärztlichen Vertreter):

Fachrichtung Orthopädie

**Wahlarzt: Ärztlicher Leiter und Chefarzt Prof. Dr. Dr. Buhmann**

Ständige Vertreter: Herr Dr. Kesting, Herr Dr. Sieber, Herr Kargar, Frau Dr. Lange, Frau Schweer

Fachrichtung Innere Medizin / Kardiologie

**Wahlarzt: Chefarzt Dr. Kesting**

Ständige Vertreter: Herr Prof. Dr. Dr. Buhmann, Frau Dr. Fischer, Frau Dr. Wuttig

Die individuelle Vertretungsvereinbarung (**Anlage 6**) für den Zeitraum der vorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes erhalten Sie zu Beginn des Aufenthalts.

## **VI. Einwilligung zur Datenübermittlung**

Die Behandlung kann nur gewährleistet werden, wenn der Rehabilitand die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung unterzeichnet. Diese wird ihm bei der Anreise in der aktuellen Version mit den Datenschutzinformationen nach Art. 13 DSGVO ausgehändigt.

## **VII. Übermittlung von Rehabilitandendaten an die private Krankenversicherung nach § 17c Abs. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz**

Ich mache im Rahmen meiner privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Rechtsträger der Kurparkklinik und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kurparkklinik meiner privaten Krankenversicherung meine notwendigen persönlichen Daten und Gesundheitsdaten, wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) und dazugehörige Diagnosen zum Zweck der Abrechnung der auf Grundlage dieses Behandlungsvertrages durchgeführten Behandlung übermittelt.

Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Kurparkklinik widerrufen. Ich bin dann als Selbstzahler zur Zahlung des Entgelts für die Rehabilitationsleistung verpflichtet.

<b>Bitte geben Sie folgende Daten an:</b>	
Private Krankenversicherung:	
Vers. Nummer: _____	Adresse: _____
	Faxnummer: _____
Beihilfestelle:	
Beihilfenummer: _____	Adresse: _____
	Faxnummer: _____

## **VIII. Vertragsausfertigungen**

Der Rehabilitand hat eine Abschrift dieses Behandlungsvertrags und die Anlagen 1-6 erhalten. Mit seiner Unterschrift akzeptiert der Rehabilitand die vorliegenden Bedingungen des Privatbehandlungsvertrags, einschließlich der ihm übergebenen und von ihm zur Kenntnis genommenen Anlagen 1 bis 6 zum Privatbehandlungsvertrag.

Bei Fragen jeglicher Art und zur Einsichtnahme in die GOÄ kann sich der Rehabilitand an das Chefarztsekretariat im 1. OG wenden (Telefonnummer: 03606 663-150).

## **IX. Anlagen:**

1. Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)
2. Preisliste für Tagessätze
3. Preisliste für Therapien
4. Preisliste Komfort-EZ /Merkmale Komfortzimmer
5. Information bei wahlärztlichen Leistungen
6. Individuelle Vertretungsvereinbarung Wahlarzt – Erhalt zu Beginn des Aufenthalts

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Rehabilitanden  
bzw. gesetzlicher Vertreter

---

Unterschrift Mitarbeiter Kurparkklinik  
(Klinikgesellschaft Heilbad Heiligenstadt mbH)