



# Antrag auf Krankenhausaufnahme

Ich beantrage hiermit

für mich selbst

für den o.g. Patienten, für den zu handeln ich bevollmächtigt bin

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

**die Aufnahme in das Städtische Klinikum Dessau**

zur stationären / teilstationären / vor- und nachstationären / ambulanten Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen.

Ich bin ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und den Tarif für stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen (Pflegekostentarif) hingewiesen worden und habe die Möglichkeit, eine Ausfertigung der AVB sowie des Pflegekostentarifs, die ausgelegt sind, mitzunehmen und von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen und erkläre mich damit einverstanden.

**Alle durch die Behandlung nach den jeweils geltenden Tarifen entstehenden Kosten werden von mir getragen, soweit sie nicht eine gesetzliche Krankenkasse oder ein sonstiger Sozialleistungsträger übernimmt.**

Ich beantrage:

keine  
Wahlleistung

Wahlleistungen entsprechend  
Wahlleistungsvereinbarung

**Information:**

Im Falle einer Krebserkrankung sind wir nach § 27a des Gesundheitsdienstgesetzes „Ausführung des Krebsregistergesetzes und des Staatsvertrages über das gemeinsame Krebsregister“ verpflichtet, diese dem Gemeinsamen Krebsregister zu melden.

Die Übermittlung dieser Daten übernimmt das Klinische Krebsregister des Tumorzentrums. Im Klinischen Krebsregister erfolgt eine verlaufs begleitende Tumordokumentation, die sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich umfasst. Gegen die Übermittlung Ihrer Daten haben Sie ein Widerspruchsrecht.

**Ich teile dem Krankenhaus meinen Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt mit.**

ja

nein

.....  
*(ggf. Name und Anschrift des Hausarztes/weiterbehandelnden Arztes)*

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch das Krankenhaus an den o.g. Hausarzt zu Dokumentations- u. Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, dass bei o.g. Hausarzt vorliegende Behandlungsdaten/ Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können.**

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.**

Dessau-Roßlau, den .....

.....  
Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreter

Städtisches Klinikum Dessau  
Auenweg 38  
06847 Dessau

Steuer-Nr.: 114/145/00155

**Bankverbindungen:**

HypoVereinsbank  
BLZ 800 200 87  
Konto-Nr. 8 911 290  
IK 261500757  
IBAN: DE46 8002 0087 0008 9112 90  
SWIFT/BIC: HYVEDE MM 462

Stadtsparkasse Dessau  
BLZ 800 535 72  
Konto-Nr. 31 005 006  
IK 261500575

IBAN: DE44 8005 3572 0031 0050 06  
SWIFT/BIC: NOLADE 21 DES

**Kontakt:**

Telefon: +49 3 40 5 01-0  
Telefax: +49 3 40 5 01-12 56

E-Mail: [skd@klinikum-dessau.de](mailto:skd@klinikum-dessau.de)  
<http://www.klinikum-dessau.de>