

# Behandlungsvertrag

zwischen

.....  
Zuname, Vorname des Patienten

.....  
Geburtsdatum des Patienten

.....  
Anschrift

und

**Barmherzige Brüder Trier e.V.**

als Träger des Krankenhauses

**Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier**

über die vollstationäre/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den **AVB des Krankenhauses** vom **01.01.2004** niedergelegten Bedingungen.

Gegebenenfalls bitte ankreuzen

Ich möchte nicht, daß der Besuchsdienst meiner Heimatpfarrei von meinem Krankenhausaufenthalt erfährt.

## Hinweis:

1. 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 ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
2. Sie haben als Patient/in die Möglichkeit, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte eine Patientenquittung anzufordern. Sollten Sie daran Interesse haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Ihre Krankenhausverwaltung. Bitte beachten Sie jedoch, dass Sie sich bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung erklären müssen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift  
(Patient oder Vertreter)

.....  
Unterschrift  
(Krankenhaus)