



**Ostseeklinik** Schönberg-Holm

# **Behandlungsvereinbarung für ambulante Patienten**

**in der**

**Ostseeklinik Schönberg-Holm  
An den Salzwiesen 1 · 24217 Ostseebad Schönberg**



## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Abrechnung

1. Kassenpatienten  
Die Abrechnung des Eigenanteils erfolgt durch die Klinik.
2. Privatpatienten  
Die Abrechnung erfolgt durch die Klinik.  
Grundlage ist das aktuell gültige „Leistungsverzeichnis – Preisliste für Selbstzahler“.

## Leistungen

Die Ostseeklinik verpflichtet sich zur Abgabe von Leistungen gemäß Rezeptvorlage.  
Der Patient bestätigt vor Aufnahme der Behandlungen über die Behandlungstarife informiert worden zu sein. (Leistungsverzeichnis liegt bei.)  
Die Vergabe der Termine erfolgt nach Verfügbarkeit in der Ostseeklinik Schönberg-Holm.  
Die Terminabsage muss bis 8:00 Uhr des jeweiligen Therapietages unter der Telefonnummer 0 43 44-37 17 02 (Anrufbeantworter) erfolgen; bei Nichteinhaltung behält sich die Ostseeklinik Schönberg-Holm vor, die vorgehaltenen Leistungen nach dem „Leistungsverzeichnis – Preisliste für Selbstzahler“ privat in Rechnung zu stellen.

## Zahlung

Die Zahlung erfolgt nach Rechnungslegung an der Rezeption der Klinik oder per Überweisung auf eines der folgenden Konten.

Bankverbindungen:

Evangelische Bank e.G., Kiel, IBAN: DE09 5206 0410 0006 4381 21, BIC: GENODEF1EK1

VR Bank zwischen den Meeren eG, IBAN: DE19 2139 0008 0007 7737 14, BIC: GENODEF1NSH

## Hinweis zur Datenverarbeitung

Der Patient hat Kenntnis davon genommen, dass die im Zusammenhang mit dieser Aufnahmevereinbarung stehenden notwendigen persönlichen und sozialen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter der Wahrung der Voraussetzungen der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können.

Mit den Vertragsbedingungen erkläre ich mich einverstanden.

Schönberg, den \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_



Ostseeklinik Schönberg-Holm  
- Geschäftsführung -

Unterschrift des Patienten

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Abrechnung

### 1. Kassenpatienten

Die Abrechnung des Eigenanteils erfolgt durch die Klinik.

### 2. Privatpatienten

Die Abrechnung erfolgt durch die Klinik.

Grundlage ist das aktuell gültige „Leistungsverzeichnis – Preisliste für Selbstzahler“.

## Leistungen

Die Ostseeklinik verpflichtet sich zur Abgabe von Leistungen gemäß Rezeptvorlage.

Der Patient bestätigt vor Aufnahme der Behandlungen über die Behandlungstarife informiert worden zu sein. (Leistungsverzeichnis liegt bei.)

Die Vergabe der Termine erfolgt nach Verfügbarkeit in der Ostseeklinik Schönberg-Holm.

Die Terminabsage muss bis 8:00 Uhr des jeweiligen Therapietages unter der Telefonnummer 0 43 44-37 17 02 (Anrufbeantworter) erfolgen; bei Nichteinhaltung behält sich die Ostseeklinik Schönberg-Holm vor, die vorgehaltenen Leistungen nach dem „Leistungsverzeichnis – Preisliste für Selbstzahler“ privat in Rechnung zu stellen.

## Zahlung

Die Zahlung erfolgt nach Rechnungslegung an der Rezeption der Klinik oder per Überweisung auf eines der folgenden Konten.

Bankverbindungen:

Evangelische Bank e.G., Kiel, IBAN: DE09 5206 0410 0006 4381 21, BIC: GENODEF1EK1

VR Bank zwischen den Meeren eG, IBAN: DE19 2139 0008 0007 7737 14, BIC: GENODEF1NSH

## Hinweis zur Datenverarbeitung

Der Patient hat Kenntnis davon genommen, dass die im Zusammenhang mit dieser Aufnahmevereinbarung stehenden notwendigen persönlichen und sozialen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter der Wahrung der Voraussetzungen der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können.

Mit den Vertragsbedingungen erkläre ich mich einverstanden.

Schönberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ostseeklinik Schönberg-Holm  
- Geschäftsführung -

Unterschrift des Patienten