









AUFNAHMEBLATT

ambulanter und tagesklinischer Untersuchungen, Behandlungen und Operationen

PATIENTENDATEN

Bei neuerlicher Aufnahme ist es ausreichend, die mit  markierten Felder auszufüllen - Danke

		<input type="checkbox"/> männlich 
	Name		Vorname	Titel	<input type="checkbox"/> weiblich 
	
Geburtsdatum	Geburtsname	Telefon			
.....			
Nationalität	Wohnanschrift (Straße; Haus-Nr.; Tür-Nr.)				
.....				
Staat	PLZ - Ort / Bundesland				
.....				

ZUSATZVERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Uniqa	<input type="checkbox"/> Merkur	<input type="checkbox"/> Van Breda
<input type="checkbox"/> Generali	<input type="checkbox"/> Wr.Städtische	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> SV _____ *			

* SV Versicherte bei BVA und Gewerblichen Wirtschaft ersuchen wir um Bekanntgabe der SV-Nummer, da diese von der Zusatzversicherung benötigt wird.

Seitens des RH gibt es KEINE Direktverrechnung mit Ihrer SV.

.....
Polizzenummer

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir uns bei unrichtigen und/oder unvollständigen Angaben leider gezwungen sehen, eventuell entstandene Mehrkosten mit Ihnen direkt abzurechnen. Wir bitten um Verständnis - die **Kollegiale Führung**

1) Für die Erbringung von ärztlichen Behandlungsleistungen wähle ich im Sinne der freien Arztwahl (Belegarzt)

Frau/Herrn Dr.

Damit entsteht zwischen mir und meinem behandelnden Arzt ein eigenes Vertragsverhältnis.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die ärztlichen Leistungen sowie Leistungen des Rudolfinerhauses von meinem einweisenden Arzt angeordnet wurden. Ich erkläre mich, mit allen von meinem Arzt angeordneten Behandlungen und Untersuchungen, insbesondere mit Blutabnahmen und Blutuntersuchungen, einverstanden.

2) Die Gebühren, Tarife, Kosten und Ausschlüsse vom Versicherungsschutz für den Spitalsaufenthalt sowie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Privatkrankenanstalten in Österreich und die Arzthonorare laut Vertrag mit dem Versicherungsverband (Aushang bzw. Auflage in der Ambulanz) habe ich zur Kenntnis genommen.

3) Alle Preise verstehen sich inklusive MwSt.

- 3) Eine Direktverrechnung mit allen österreichischen Zusatzversicherungen durch das RUDOLFINERHAUS erfolgt, **sofern die Behandlungen im Tagesklinikvertrag enthalten sind**. Sollte meine private Zusatzkrankenversicherung die Kosten nicht tragen, bin ich verpflichtet, diese zu begleichen.
- 4) **Ambulante Leistungen müssen zur Gänze von mir selbst bezahlt werden**. Es findet KEINE Verrechnung mit Sozialversicherungen oder Zusatzversicherungen statt.
- 5) Ich bin darüber informiert, dass die privaten Krankenversicherungen die Kosten eines tagesklinischen Aufenthaltes nur dann übernehmen, wenn dieser einen stationär notwendigen Aufenthalt ersetzt. Kleinere ambulante Eingriffe (z.B. OP-Gruppe I u.a.) sind „stationär nicht notwendig“ und ich bin damit einverstanden, dass mir die Kosten für diesen Aufenthalt zur Selbstzahlung vorgeschrieben werden.
- 6) Ich gebe meine Zustimmung, dass Befunde (inklusive kompletter Krankengeschichte) meiner tagesklinischen Behandlung an meine private Zusatzversicherung zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag (auch elektronisch) übermittelt werden dürfen. Bezüglich etwaiger Rückfragen meiner privaten Zusatzversicherung entbinde ich die Befragten (z.B. Ärzte, sonstiges Krankenhauspersonal) im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.
- 7) **Akontozahlungen sind zu leisten bei:**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> allen ambulanten Leistungen |
| <input type="checkbox"/> allen selbstzahlenden PatientInnen (ohne österreichische Zusatzversicherung) |
| <input type="checkbox"/> Höhe des unverbindlichen Kostenvoranschlages |
| <input type="checkbox"/> Höhe des RH-Pauschalpreises |

Die Vorauszahlung versteht sich als Akonto und muss von mir vor der ambulanten bzw. tagesklinischen Aufnahme getätigt werden.

Etwaige Differenzen, die sich aus der Akontozahlung und der endgültigen Abrechnung ergeben, werden nach Abschluss der Behandlungen mit meinem Akonto gegen verrechnet!

Das Rudolfinerhaus ist berechtigt bei Zahlungsverzug die gesetzlich festgelegten Verzugszinsen zu berechnen, sowie in der Folge ein Inkassobüro bzw. einen Rechtsanwalt mit der Realisierung des offenen Betrages zu beauftragen, wobei die entstehenden Kosten von mir zu tragen sind.

Mit meiner Unterschrift nehme ich alle angeführten Punkte zur Kenntnis.

Wien am 

Datum



Unterschrift des Patienten

Bei Unterfertigung durch eine andere Person als den Patienten, bitte Name, Adresse und Telefonnummer bekanntgeben:

Grundsätzlich gilt als primärer Rechnungsempfänger der/die PatientIn. Bei Nichtbezahlung durch den Patienten, übernehme ich mit meiner Unterschrift die Haftung, den sich durch diesen Aufenthalt ergebenden offenen Betrag, zu bezahlen!

Name:

Adresse:

Tel.Nr.:

Unterschrift:

Folgender Abschnitt betrifft nur jene Patienten, bei denen im Rudolfinerhaus eine Gastro- oder Coloskopie durchgeführt wird:

- 8) Bei gleichzeitiger Durchführung einer Coloskopie und Gastroskopie wird die Coloskopie, sofern ich eine Zusatzversicherung habe, mit dieser verrechnet. Für die Gastroskopie sowie eine etwaige durchgeführte Histologie im Zusammenhang mit der Gastroskopie muss ich die Kosten selbst tragen.
- 9) Bei einer Coloskopie oder einer Gastroskopie kann es zu einer **Polypektomie** (Entfernung von Polypen) kommen. Dies stellt sich erst im Zuge der Untersuchung heraus. Sofern ich keine Zusatzversicherung habe, nehme ich zur Kenntnis, dass ich die **Kosten für die Polypektomie selbst zu tragen** habe. Die **Spitalkosten inkl. Histopauschale (ohne Arzthonorar!)** belaufen sich auf maximal **Euro 995,-**.

Wir erlauben uns, Sie darauf hin zu weisen, dass das **Arzthonorar** zwischen Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt vor der Behandlung zu vereinbaren ist und **nicht in den Spitalkosten inkludiert** ist. Notwendige Zusatzeingriffe zur Polypektomie werden gesondert verrechnet.

Ich bin damit einverstanden, dass mir die anfallenden Kosten für die Polypektomie (sollte diese im Zuge der Coloskopie oder/und Gastroskopie notwendig werden) vorgeschrieben werden.

- Ich stimme einer eventuell notwendigen **Polypektomie zu**
- Ich stimme einer eventuell notwendigen **Polypektomie NICHT zu**

.....
(Unterschrift)

RH-Sachbearbeiter (Kürzel):

**ERFASSUNGSBLATT AMBULANZ - TAGESKLINIK
(NICHT VOM PATIENTEN AUSZUFÜLLEN)**

ETIKETTE				Dat.	Aktion
					AKONTOZAHLUNGEN
					1. Akonto: EUR
					2. Akonto: EUR
				Sonstige Informationen ARZT	
Code	Leistung	Betrag		OP-Gruppen samt Code	
	Leistungsart _____ UNTS Arztname				
8450	Behandlungshonorar				
305	Konsilium				
305	Konsilium			Abspaltungen Assistenz	
305	Konsilium				
305	Konsilium				
8451	Operationshonorar				
8451	Operationshonorar				
8453	Narkose				
8453	Narkose				
BEMERKUNGEN:					