







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
		
			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) Eine Direktverrechnung mit allen österreichischen Zusatzversicherungen durch das RUDOLFI-
NERHAUS erfolgt, **sofern diese im Tagesklinikvertrag enthalten sind.**
In diesem Fall bin ich verpflichtet, die Rechnung selbst zu bezahlen und kann in der Folge den Be-
trag bei der Sozialversicherung geltend machen. Sollte meine private Zusatzkrankenversicherung
die Kosten nicht tragen, bin ich verpflichtet, auch 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 tagesklini-
schen 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 vorge-
schrieben werden.
- 6) Bei einer Coloskopie oder einer Gastroskopie kann es zu einer **Polypektomie** 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 **Spitalskos-
ten inkl. Histopauschale (ohne Arzthonorar!)** belaufen sich auf maximal **Euro 885,--**.

Wir erlauben uns, Sie darauf hin zu weisen, dass das **Arzthonorar** zwischen Ihnen und Ihrem be-
handelnden Arzt vor der Behandlung zu vereinbaren ist und **nicht in den Spitalskosten inklu-
diert** 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)

- 7) Bei einer gleichzeitigen 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.
- 8) Ich gebe meine Zustimmung, dass Befunde (inklusive kompletter Krankengeschichte) meiner ta-
gesklinischen Behandlung an meine private Zusatzversicherung zur Beurteilung und Erfüllung von
Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag (auch elektronisch) übermittelt werden dürfen. Bezüg-
lich etwaiger Rückfragen meiner privaten Zusatzversicherung entbinde ich die Befragten (z.B. Ärz-
te, sonstiges Krankenhauspersonal) im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen
Schweigepflicht.

9) **Akontozahlungen sind zu leisten bei:**

- allen ambulanten Leistungen
- allen selbstzahlenden PatientInnen (ohne österreichische Zusatzversicherung)
 - Höhe des unverbindlichen Kostenvoranschlages
 - 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:

RH-Sachbearbeiter (Kürzel):
