

# AUFNAHMEBLATT

Raum für  
Aufnahmezahl Zimmer  
Etikett  
Datum Uhrzeit



Auf das Rudolfinerhaus aufmerksam geworden bin ich durch:

- meinen Arzt
- Empfehlung Bekannter
- Homepage des Rudolfinerhauses
- Medien .....
- Sonstiges.....

## PATIENTENDATEN

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

	Name		Vorname	akad. Grad	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort	Konfession	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
	Nationalität	Wohnanschrift (Straße; Haus-Nr.; Tür-Nr.)			
	Staat	PLZ - Ort / Bundesland			
	Telefon	Telefon (tagsüber erreichbar)	E-Mail (fakultativ)		
	Beruf	Lichtbildausweis	Nummer	Ausstellungsdatum / Ausstellungsort	

JA, ich möchte über Neuigkeiten im Rudolfinerhaus informiert werden

## ANGEHÖRIGER

Name	Vorname	akad. Grad	Verw.-Verhältnis
Wohnanschrift (Straße; Haus-Nr.; Tür-Nr.)		Telefon	
Staat	PLZ - Ort / Bundesland	Telefon (tagsüber erreichbar)	

## VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Pflichtversichert			
<input type="checkbox"/> Mitversichert	Sozialversicherungsträger	SV-Nr. des Patienten	SV-Nr. des Pflichtversicherten
mitversichert bei (Fam.Verhältnis)	Name des Pflichtversicherten	Vorname	akad. Grad
<small>Bei mitversicherten Patienten ist unbedingt die SV-Nummer des Pflichtversicherten anzuführen!</small>			
<b>Zusatzversicherung:</b>			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - bei	<input type="checkbox"/> Allianz	<input type="checkbox"/> Merkur
	<input type="checkbox"/> Generali	<input type="checkbox"/> Uniqa	<input type="checkbox"/> Van Breda
	<input type="checkbox"/> Zweibett-Vertrag	<input type="checkbox"/> Einbett-Vertrag	<input type="checkbox"/> Wr.Städtische
			sonstige Zusatzversicherung
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

**Frau/Herrn Dr. .... (Belegarzt)**

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, die Bestimmung des § 150 ASVG sowie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Privatkrankeanstalten in Österreich und die Arzthonorare laut Vertrag mit dem Versicherungsverband (Aushang bzw. Auflage in der Patientenaufnahme und Rezeption) habe ich zur Kenntnis genommen.
- 3) Mir ist bekannt, dass sowohl meine persönlichen Daten als auch Inhalt und Umfang der ärztlichen Leistungen sowie die Leistungen des RUDOLFINERHAUSES automationsunterstützt verarbeitet werden (§ 22 Datenschutzgesetz); ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass solche Verarbeitungen, insbesondere Rechnungen und Krankengeschichten an meine Krankenversicherer weitergegeben werden dürfen.
- 4) Mit Ausnahme der unten angeführten Sozialversicherungen erfolgt eine Direktverrechnung mit allen österreichischen Zusatz- und gesetzlichen Sozialversicherungen durch das RUDOLFINERHAUS. **Direktverrechnung** ist bei folgenden Sozialversicherungen **nicht möglich: ÖBB/BERGBAU, SGKK und TGKK**. In diesem Fall bin ich verpflichtet, die Rechnung selbst zu bezahlen und kann in der Folge den Betrag bei der Sozialversicherung geltend machen. Sollte meine private Zusatzkrankenversicherung die Kosten nicht tragen, so bin ich verpflichtet, auch diese zu bezahlen.
- a) Ich erteile meine Zustimmung als Versicherter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter oder der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, dass meine angeführte private Krankenversicherung die Kosten meines Sonderklasseaufenthaltes zur Gänze an das Krankenhaus überweist.
- b) Gleichzeitig bin ich damit einverstanden, dass die Sozialversicherung den mir zustehenden Vergütungsbeitrag direkt an meine private Krankenversicherung anweist. Meine Ansprüche gegenüber der Sozialversicherung für die Mehrkosten der Sonderklasse sind bei den Prämien und Leistungen meiner Zusatzversicherung berücksichtigt.
- c) Falls aus welchen Gründen immer, insbesondere wegen Beitrags- bzw. Kostenteilrückständen (gilt nur für Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft), die Sozialversicherung nicht den vollen Vergütungsbetrag überweist, übernehme ich die Verpflichtung, diesen aus eigenen Mitteln zu bezahlen.
- 5) Ich verpflichte mich, alle für meinen Aufenthalt erwachsenden Krankenhaus- und Arztkosten sowie die Kosten für Begleitpersonen, die auf meinen Wunsch im RUDOLFINERHAUS mit mir untergebracht werden – insbesondere bei Nicht- bzw. Teilzahlung durch meine Zusatzversicherung – zu bezahlen. Mir ist bekannt, dass meine Zusatzversicherung die Kosten von Untersuchungen (ohne einer medizinischen Indikation für eine stationäre Aufnahme) oder von Maßnahmen, die auch ambulant durchgeführt werden könnten, nicht bezahlt. Auf Grund der Entscheidung meines einweisenden Arztes wünsche ich dennoch stationär aufgenommen zu werden.

- 6) Ich gebe meine Zustimmung, dass Befunde (inklusive kompletter Krankengeschichte) meines stationären Aufenthaltes bzw. tagesklinischer Behandlung an meine private Zusatzversicherung zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag (auch elektronisch) übermittelt werden dürfen. Bezüglich etwaiger Rückfragen meiner Sozialversicherung und meiner privaten Zusatzversicherung entbinde ich die Befragten (z.B. Ärzte, sonstiges Krankenhauspersonal) im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht.
- 7) Dürfen alle Anrufe und Besucher an Sie weitergeleitet werden? (Wenn Sie „Nein“ ankreuzen wird für Sie eine **Auskunftssperre** hinterlegt!)  Ja  Nein
- 8) Wir haben die Verpflichtung, alle Umstände die von den einzelnen Personen als störend empfunden werden oder die seine Genesung verzögern könnten, fernzuhalten. Aus diesem Grund haben wir uns entschlossen, ein **rauchfreies Krankenhaus** zu sein. 
- 9) In Ihrem Zimmer befindet sich ein Safe. Für Wertgegenstände (insbesondere Schmuck und Bargeld) haften wir nur, wenn sie in diesem deponiert sind, wobei unsere Haftung mit einem Betrag von € 530,- begrenzt ist. Größere Geldbeträge oder wertvollere Gegenstände bitten wir Sie, in unserem zentralen Safe in der Patientenverwaltung zu hinterlegen, da ansonsten die Haftung ausgeschlossen ist. Nachdem das Tragen von Schmuck während Operationen und Untersuchungen auch aus medizinischen Gründen nicht zweckmäßig ist, dürfen wir Sie ersuchen, diese Gegenstände rechtzeitig und je nach Wert in einem der beiden genannten Safes zu deponieren.  
Bei Verlust des Zimmersafeschlüssels müssen wir Ihnen unsere Selbstkosten (€ 60,-) in Rechnung stellen.
- 10) Zusätzliche Getränke und Speisen werden auf einer Extrarechnung ausgewiesen.

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

- Einbettzimmeraufzahlung und Aufzahlung Begleitperson (siehe Punkt 14)
- Selbstzahlenden PatientInnen – operative Fälle
  - Höhe des unverbindlichen Kostenvoranschlages
  - Höhe des Pauschalpreises
- Selbstzahlenden PatientInnen – konservative Fälle (operative Fälle ohne KV)
  - Einbettzimmer: € 8.000,- (ab dem 5. Tag zusätzlich € 925,- /Tag)
  - Zweibettzimmer: € 6.000,- (ab dem 5. Tag zusätzlich € 695,- /Tag)
- PatientInnen, nur BVA versichert (ohne Zusatzversicherung) € 280,-/Tag
- PatientInnen mit Zusatzversicherung – keine 100%ige Kostenübernahme € 290,-/Tag

Die Vorauszahlung versteht sich als Akonto und muss von mir sobald 70% dieser Depotzahlung verbraucht sind, aufgestockt werden. 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.

- 12) Gemäß § 44 Abs.3 des Wiener Krankenanstaltengesetzes wird **sowohl der Aufnahmetag als auch der Entlassungstag in voller Höhe verrechnet.** (Es wird **nicht** – wie im Hotel – **die Nacht gezahlt!**)

.....

**Unterschrift des Patienten**

13) Ich beauftrage die Unterbringung im:

(Selbstzahlerpreise mit und ohne österreichischer Sozialversicherung):

Kategorie	mit SV	ohne SV	Unterschrift des Patienten
Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> € 507,-/Tag	<input type="checkbox"/> € 695,-/Tag	✍
Einbettzimmer Standard	<input type="checkbox"/> € 682,-/Tag	<input type="checkbox"/> € 870,-/Tag	✍
Einbettzimmer Komfort	<input type="checkbox"/> € 707,-/Tag	<input type="checkbox"/> € 895,-/Tag	✍
Einbettzimmer Komfort plus	<input type="checkbox"/> € 737,-/Tag	<input type="checkbox"/> € 925,-/Tag	✍

14) **Aufzahlung für:**

<input type="checkbox"/> Einbett Standard (KEINE Begleitperson möglich)	€ 175,-/Tag	✍.....
<input type="checkbox"/> Einbett Komfort (Begleitperson gegen Aufpreis möglich)	€ 200,-/Tag	✍.....
<input type="checkbox"/> Einbett Komfort plus (Begleitperson gegen Aufpreis möglich)	€ 230,-/Tag	✍.....
<input type="checkbox"/> Begleitperson € 149,-/Tag (inkludiert sind Übernachtung, Frühstück, Mittag- und Abendessen)		
Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Extrarechnung meiner Zusatzversicherung zur Refundierung nicht vorlegen kann!		

15) Alle Preise verstehen sich inklusive USt.

Ich versichere, dass ich die Angaben auf Seite 1 nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe. Mit meiner Unterschrift nehme ich ebenfalls die angeführten Punkte 1 bis 15 sowie die aufliegende Hausordnung 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 Patient. 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): .....