

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus

AUFNAHMEVEREINBARUNG FÜR SELBSTZAHLER Ambulante Rehabilitation - Klinik Stuttgart, Rotebühlstr.

Vergütungssätze

ganztags: Euro 136,00 halbtags: Euro 96,46

Der Vergütungssatz wird je Behandlungstag berechnet. Aufnahme- und Entlassungstag gelten als je ein Behandlungstag.

Im vollpauschalierten Vergütungssatz sind alle, unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Einrichtung, zur Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten zu erbringenden ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen abgegolten. Hierzu gehören auch die Verpflegung und externe konsiliarärztliche Leistungen, soweit diese zur Behandlung erforderlich sind.

Ausgenommen von der Vergütung bleiben Leistungen für interkurrente Erkrankungen, die nicht mit den Mitteln der Einrichtung mitbehandelt werden können.

Fahrtkosten sind im Vergütungssatz nicht enthalten. Gutachten werden gesondert berechnet.

Mit der Notwendigkeit der ambulanten Rehabilitation ist eine Beurlaubung regelmäßig nicht vereinbar. Beurlaubungen dürfen nur mit Zustimmung des leitenden Arztes oder seines Vertreters erfolgen. Für die Dauer der Beurlaubung wird der Vergütungssatz weiter berechnet.

Am Aufnahmetag und alle 10 Tage sind die Beträge des Vergütungssatzes für jeweils 10 Tage im Voraus zu zahlen, in bar oder per Scheck in unserer Kasse oder per Überweisung auf Konto-Nr. 8 812 861 Hypo-Vereinsbank Konstanz (BLZ 690 201 90).

Vergütungsänderungen mit Nachberechnungen müssen wir uns bei der Neufassung der Vergütung vorbehalten. Die Nachberechnung des Differenzbetrages zu dem bisherigen Vergütungssatz erfolgt, sobald die genaue Höhe des neuen Vergütungssatzes feststeht.

Die Abrechnung der Behandlungskosten soll wie nachstehend erfolgen:
an meine Adresse

Name: Vorname:

Straße: Wohnort:

während meiner Behandlung in der Tagesklinik an folgende Adresse:

Name: Vorname:

Straße: Wohnort:

Zur unbürokratischen Abwicklung für eventuelle Rückzahlungen bitten wir Sie, uns Ihre Bankverbindung anzugeben:

Konto-Nr..... Bankleitzahl:.....

Bank/Sparkasse:

Besteht die Absicht, Leistungen einer Privaten Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, muß vor Beginn der Behandlung die Zustimmung der Versicherung eingeholt werden.

Datum:

Datum:

Unterschrift:
(Patient oder Vertreter)

Unterschrift:
(Kliniken Schmieder)