

Anlage 2

**Vereinbarung
für den Fall vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes**

zwischen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift

und

als Träger des Krankenhauses

Ich wünsche die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen. Heute, am _____ bin ich um _____ Uhr in einem Gespräch durch den Krankenhausmitarbeiter Frau/Herr _____ darüber informiert worden, dass der Wahlarzt der Fachabteilung, Frau/Herr _____ zu dem geplanten Behandlungstermin verhindert ist und deshalb die bei mir vorgesehene Behandlung nicht persönlich durchführen kann.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich angesichts dieser Situation die Wahl habe, die vorgesehene stationäre ärztliche Behandlung

- bis zur Rückkehr oder bis zu dem Wegfall der Verhinderung des Wahlarztes zu verschieben,
- künftig insgesamt als allgemeine Krankenhausleistung, d.h. ohne Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen grundsätzlich durch den jeweiligen diensthabenden Arzt durchführen zu lassen,
- durch den ständigen ärztlichen Vertreter von Frau/Herrn _____ [Name des Wahlarztes], Frau/Herrn _____ [Name des ständigen ärztlichen Vertreters] durchführen zu lassen.

In Kenntnis dieser Möglichkeiten habe ich mich dazu entschlossen, die stationäre ärztliche Behandlung durch den ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes durchführen zu lassen mit der Folge, dass von mir ein wahlärztliches Honorar in gleicher Weise wie im Falle der persönlichen Leistungserbringung durch diese/diesen selbst zu entrichten ist.

Diese Vereinbarung ergänzt die Wahlleistungsvereinbarung vom _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters