



Formblatt 317FB
Patientenvereinbarung Selbstzahler FB
DE

Seite 1/4
 Rev. Nr.: 1

GB: Standort WPK: AUF, POBO

Patientenetikette

HZ / geprüft

A. PATIENTENAUFNAHMEBELEG

1. DATEN DES PATIENTEN:

Zuname _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Titel _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsstaat _____ Staatsangehörigkeit _____

Kontakt Daten/Wohnadresse: _____ **Geschlecht:** o männlich o weiblich

Straße/Haus-/TürNr. _____

PLZ/Ort _____ Staat _____

Telefon 1 _____ Mobil Tel _____

E-Mail _____

2. BEHANDELNDER BELEGARZT:

Für die Erbringung von ärztlichen Behandlungsleistungen wähle ich im Sinne der freien Arztwahl als behandelnden

Belegarzt: _____

3. PATIENTENVERFÜGUNG:

verbindliche Patientenverfügung o ja o nein beachtliche Patientenverfügung o ja o nein

4. KOSTEN (Verrechnung)

Ich erkläre, dass ich alle bei diesem Aufenthalt entstehenden Kosten SELBST tragen werde und UNTERSAGE AUSDRÜCKLICH jegliche direkte Verrechnung mit einer allenfalls bestehenden Versicherung (Sozial-, Privat oder Zusatzversicherung). Über die wahrscheinlich entstehenden Kosten (Tarife für selbstzahlende Patienten) wurde ich auf Basis des von meinem behandelnden Arzt vorgesehen Behandlungsplan zum Zeitpunkt der Aufnahme aufgeklärt. Vor dem vollendeten 18. Lebensjahr des Patienten ist die Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten erforderlich.

_____ Datum _____ Unterschrift Patient _____ Vertrauensperson/Erwachsenenvertreter

Obsorgeberechtigter/Eltern/Erziehungsberechtigter



Formblatt 317FB
Patientenvereinbarung Selbstzahler FB
DE

Seite 2/4

Rev. Nr.: 1

GB: Standort WPK: AUF, POBO

5. VERTRAUENSPERSON ERWACHSENENVERTRETER OBSORGEBERECHTIGTER

Zuname _____

Vorname _____

Titel _____ Verwandtschaftsgrad _____

Straße/Haus-/TürNr. _____

PLZ/Ort _____ Staat _____

Telefon 1 _____ Telefon 2 _____

E-Mail _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die obenstehend, angeführte Person über alle meinen Gesundheitszustand betreffenden Angelegenheiten (z. B. Befunde, sonst. Unterlagen) informiert werden kann.

ALLE Auskünfte per Telefon dürfen von unseren Mitarbeitern nur erteilt werden, wenn der Anrufer ein vorher vereinbartes und von Ihnen weitergegebenes Kennwort nennt. **(Ohne Kennwort werden keine telefonischen Auskünfte erteilt!)**

Als Kennwort für telefonische Auskünfte für **DIESEN** Aufenthalt wähle ich: _____

6. DÜRFEN ALLE ANRUF UND BESUCHER AN SIE WEITERGELEITET WERDEN?

ja nein, ausgenommen bei Nennung des KENNWORTES: _____

Vor dem vollendeten 18 Lebensjahr des Patienten ist die Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten erforderlich.

Hiermit bestätige ich nach sorgfältiger Überprüfung die Richtigkeit der Daten und Angaben im **Teil A - Patientenaufnahmebeleg**, der Patientenvereinbarung (**Seite 1 und 2, Punkt 1 – 6**)

_____ Datum _____ Unterschrift Patient _____ Vertrauensperson/Erwachsenenvertreter

Obsorgeberechtigter/Eltern/Erziehungsberechtigter

Patientenetikette

B. KRANKENHAUS AUFNAHMEVERTRAG

1. Der Patient schließt mit der Wiener Privat-Klinik Betriebs-GmbH & Co KG, 1090 Wien, Pelikangasse 15, ("WIENER PRIVATKLINIK") einen Krankenhausaufnahmevertrag ab.
2. Die WIENER PRIVATKLINIK schuldet dem Patienten die stationäre/ tagesklinische Verpflegung und Beherbergung.
3. Der Patient beauftragt hiermit dezidiert die Unterbringung zu der in der Beilage angeführten „Preisblatt Zimmer“ und der vom Patienten ausgewählten Zimmerkategorie bzw. auf Basis des individuell im Vorfeld der Aufnahme erstellten Kostenvoranschlages.

Unterschrift Patient/Vertrauensperson/Erwachsenenvertreter/Obsoorgeberechtigter/Eltern/Erziehungsberechtigte

HZ Portier/
Aufnahme

4. Unsere Tarife, insbesondere die bei dieser Aufnahme ausschließlich zur Anwendung kommenden Tarife für Selbstzahler, können der jeweils gültigen Tarifliste entnommen werden (Aushang in der Patientenaufnahme).

HZ Portier/
Aufnahme

Unterschrift Patient/Vertrauensperson/Erwachsenenvertreter/Obsoorgeberechtigter/Eltern/Erziehungsberechtigte

5. Die Unterbringung einer Begleitperson erfordert den Einbettzimmertarif des Patienten und wird zusätzlich separat laut Tarif verrechnet.
6. Zwischen dem Patienten und dem Belegarzt (lt. Pkt. A.2./Seite 1) ist ein gesonderter Behandlungsvertrag abzuschließen. Der Belegarzt im eigenen Namen und auf eigene Rechnung; er wird demnach unabhängig von der WIENER PRIVATKLINIK tätig.

Ich ermächtige meinen Belegarzt, für die Erbringung der ärztlichen Behandlungsleistungen, weitere nachgeordnete Ärzte, z. B. Anästhesisten, Konsiliarärzte und sonstige Erfüllungsgehilfen zu beauftragen. Auch die vom Belegarzt beauftragten nachgeordneten Ärzte, Konsiliarärzte, Institute und sonstige Erfüllungsgehilfen handeln im eigenen Namen und auf eigene Rechnung bzw. im Namen und auf Rechnung des Belegarztes, nicht aber der WIENER PRIVATKLINIK.

Ich ermächtige meinen Belegarzt weiters, Pflegeleistungen, Assistenzleistungen und Hausarztleistungen bei der WIENER PRIVATKLINIK zu beauftragen bzw. anzuordnen.

Die WIENER PRIVATKLINIK haftet unter keinen Umständen für Schäden, die durch irgendein Verhalten des Belegarztes, eines weiteren nachgeordneten Arztes, des Anästhesisten, eines Konsiliararztes oder eines sonstigen Erfüllungsgehilfen (z. B. auch Mitarbeiter der Wiener Privat-Klinik, die im Auftrag des Belegarztes handeln) im oben genannten Sinn verursacht werden.

7. Die Aufnahme und Abrechnung erfolgt ausschließlich auf Basis „Selbstzahler“. Dem Patienten ist bekannt, dass bei einer nachträglichen Einreichung der Rechnungen bei einer allfällig vorhandenen Versicherung die angefallenen Kosten eventuell nicht oder nur teilweise ersetzt werden.

Der Patient verpflichtet sich, bei seiner Aufnahme eine Anzahlung von Euro _____ für ein Einbettzimmer bzw. Zweibettzimmer zu leisten. Dieses Depot ist vom Patienten laufend aufzustocken, sobald 70% der Depotzahlung verbraucht sind. Depots sind in Euro zu erlegen. Sollten Depots ausnahmsweise in einer anderen Währung erlegt werden, erfolgen allfällige Rückzahlungen in Euro; weiters werden die Bankspesen der Umwechslung abgezogen.

HZ Portier/
Aufnahme

Unterschrift Patient/Vertrauensperson/Erwachsenenvertreter/Obsoorgeberechtigter/Eltern/Erziehungsberechtigte

8. Neben den Gebühren der WIENER PRIVATKLINIK für Zimmerpreise, OP-Saalgebühren, Aufwachraumgebühren, Tageschirurgie Gebühren, Physiotherapie, Medikamente, Heilbehelfe, Endoprothesen, Implantate, etc. werden insbesondere folgende Sonderentgelte eingehoben:

- a) Arzthonorare für sämtliche ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, insbesondere Labor, Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, CT, MRT, etc, werden im Namen und auf Rechnung und Gefahr der Ärzte eingehoben.
- b) Sonderhonorare der WIENER PRIVATKLINIK, wie insbesondere Telefongesprächskosten, Extra-Speisen- und -Getränke, Sekretariatsdienste, Kopierer, Kopie der Krankengeschichte, etc. (laut entsprechenden aufgelegten Preislisten).



Formblatt 317FB

Patientenvereinbarung Selbstzahler FB

DE

Seite 4/4

Rev. Nr.: 1

GB: Standort WPK: AUF, POBO

9. Der Patient verpflichtet sich, alle durch seinen Aufenthalt und seine Behandlung entstandenen Kosten, selbst zu bezahlen. Anlässlich seiner Aufnahme wurde ihm das gültige Tarifblatt der WIENER PRIVATKLINIK zur Kenntnis gebracht; (siehe auch Aushang in der Aufnahmekanzlei). Der Patient erklärt hiermit ausdrücklich, darüber voll informiert zu sein. (Gemäß § 44 Abs 3 Wiener Krankenanstaltengesetz wird sowohl der Aufnahmetag als auch der Entlassungstag in voller Höhe verrechnet.)

10. Der Patient nimmt weiters zur Kenntnis, dass bei auftretendem Zahlungsverzug seinerseits die Verpflichtung besteht, die von der WIENER PRIVATKLINIK berechneten Verzugszinsen in der jeweils gesetzlich zulässigen Höhe sowie Mahnspeisen zu begleichen

Außerdem nimmt der Patient zur Kenntnis, dass für den Fall der Einschaltung eines Inkassobüros sowie der Beiziehung eines Rechtsanwaltes die Verpflichtung für ihn besteht, die in diesem Zusammenhang entstehenden Mahn-, Inkasso-, Erhebungs-, Auskunfts- und Anwaltskosten zu tragen.

11. Ebenfalls nimmt der Patient zur Kenntnis, dass kleinere Wertgegenstände und Gegenstände des täglichen Gebrauchs (Handy, Schlüssel, Ausweise, geringe Barmittel, etc.) im versperbarem Depot im Nachtkästchen oder im Zimmersafe zu deponieren sind. Größere Wertsachen müssen im Depotsafe in der Direktion verwahrt werden, bei Bedarf kontaktieren Sie bitte das Stationspersonal. Der Patient nimmt weiters zur Kenntnis, dass beim Verlassen des Zimmers der Schlüssel nicht im Zimmer zurückgelassen werden darf. Der Patient nimmt zur Kenntnis, dass die WIENER PRIVATKLINIK keine Haftung für mitgebrachte Wertgegenstände und Geldbeträge übernehmen kann.

C. SONSTIGES

1. Dem Patienten ist bekannt, dass seine persönlichen Daten, Inhalt und Umfang der ärztlichen Leistungen aller behandelnden Ärzte sowie die Leistungen der WIENER PRIVATKLINIK mittels EDV verarbeitet werden.

2. Auf dieses Vertragsverhältnis (Krankenhausaufnahmevertrag) sowie auf das Vertragsverhältnis mit dem Belegarzt (Behandlungsvertrag) ist österreichisches Recht mit Ausnahme seiner Verweisungsnormen und des UN-Kaufrechts anzuwenden. Erfüllungsort sowie Handlungsort für alle gegenseitigen Leistungen ist der Sitz der Wiener Privatklinik Betriebs-GmbH & Co KG in 1090 Wien. Zur Entscheidung aller aus dem Unterbringungsvertrag sowie aus dem mit dem Belegarzt abgeschlossenen Behandlungsvertrag entstehenden Streitigkeiten ist ausschließlich das sachlich zuständige Gericht am Sitz der Wiener Privatklinik Betriebs-GmbH & Co KG in 1090 Wien anzurufen.

3. Vereinbart werden die in der WIENER PRIVATKLINIK ausgehängten Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Krankenanstalt WIENER PRIVATKLINIK Betriebs GmbH & Co KG in der jeweils geltenden Fassung (lt. Aushang). Der Patient verpflichtet sich zudem, die Hausordnung (laut Aushang) zu beachten. (siehe auch <http://www.wpk.at>)

Die Wiener Privatklinik haftet unter keinen Umständen für Schäden, die durch irgendein Verhalten des Belegarztes, des ausgewählten Anästhesisten, eines weiteren nachgeordneten Arztes, eines Konsiliararztes oder eines sonstigen Erfüllungsgehilfen, einschließlich der dem Belegarzt zur Verfügung gestellten Mitarbeiter der Wiener Privatklinik, im oben genannten Sinn verursacht werden. Vor dem vollendeten 18 Lebensjahr des Patienten ist die Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten erforderlich

Vom Patienten zur Kenntnis genommen

Der Patient stimmt zu, dass seine persönlichen Daten (insbesondere die Kontaktdaten) für Zusendungen von folgenden Unterlagen bis auf Widerruf genutzt werden dürfen: Zusendung einer Notfallkarte, Informationen über das Leistungsangebot der WPK, allgemeine Informationen, Einladungen zu Veranstaltungen der WPK und zum Zweck der Qualitätsmessung

Ja, ich stimme zu

Nein, ich stimme nicht zu

(Auch im Falle einer Zustimmung kann diese jederzeit per E-Mail unter info@wpk.at oder postalisch an die Adresse der Wiener Privatklinik widerrufen werden.)

Vor dem vollendeten 18 Lebensjahr des Patienten ist die Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten erforderlich

Hiermit nehme ich **Teil B – Krankenhausaufnahmevertrag (Seite 3 bis 4, Punkt 1 – 11) sowie Teil C – Sonstiges (Seite 4, Punkt 1 – 3)** dieser Patientenvereinbarung **vollinhaltlich zur Kenntnis**

Datum

Unterschrift Patient

Vertrauensperson/Erwachsenenvertreter

Obsorgeberechtigter/Eltern/Erziehungsberechtigter

Für weitere Informationen dürfen wir auf unseren Leitfaden für den Aufenthalt in der Wiener Privatklinik, welcher in allen Zimmern aufliegt, hinweisen

Verantwortung:
Standort WPK: VD

Fachl. geprüft:
Peter Sloup

Freigegeben: Thomas Bogendorfer
(09.06.2026)