

## Vereinbarung zur Übergangspflege Besondere Unterbringung im 1 Bett Zimmer

**zwischen**

*Patientenetikett*

**und**

dem Pfalzkl. klinikum für Psychiatrie und Neurologie (AdöR)

### **wird Folgendes vereinbart:**

1. Die pflegebedürftige Person befindet sich im Rahmen einer Übergangspflege im Krankenhaus und wünscht für die Dauer der Übergangspflege die

X Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer

2. Die Vereinbarung beginnt zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Vereinbarung bzw. zu dem Zeitpunkt, zu dem der pflegebedürftigen Person das 1-/2-Bett-Zimmer tatsächlich zur Verfügung gestellt wird.

3. Die Vereinbarung über die besondere Unterbringung erstreckt sich über den gesamten Zeitraum der Übergangspflege im Krankenhaus, maximal auf zehn Tage. Eine Berechnung des letzten Tages (Entlasstag), an dem die pflegebedürftige Person das Krankenhaus verlässt, erfolgt nicht.

4. Die gewünschte Unterbringung im 1 Bett-Zimmer wird im Rahmen der räumlichen Kapazitäten des Krankenhauses erbracht. Sollten die Krankenhausleistungen beeinträchtigt werden, wird die besondere Unterbringung eingestellt.

5. Die Vereinbarung kann durch die pflegebedürftige Person an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden.

6. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

7. Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Vereinbarung über die besondere Unterbringung bei Patienten, welche die Kosten einer Wahlleistungsvereinbarung im Krankenhaus nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.

8. Seitens des Krankenhauses können sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

**Hinweis:**

Da kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz hinsichtlich dieser besonderen Unterbringung besteht, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). Auch private (Zusatz-)Krankenversicherungen erstatten diese Kosten in der Regel nicht. Bitte prüfen Sie, ob Ihre private Krankenversicherung / Beihilfe diese Kosten deckt.

**Die pflegebedürftige Person ist als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die besondere Unterbringung gegenüber dem Krankenhaus verpflichtet.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der pflegebedürftigen Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

**Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/ gesetzlicher Vertreter/ Betreuer:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters