



Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

der

Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH

Stand: 15. März 2005

§ 1

Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nicht anders vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH,
Hoserkirchweg 63, 41747 Viersen
mit den Betriebsstätten
AKH/Kinderkrankenhaus, Hoserkirchweg 63, 41747 Viersen
St. Cornelius Hospital Dülken, Heesstr. 10, 41751 Viersen
und den Patienten, ggfs. auch deren Begleitperson(en), bei voll-, teil- sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2

Rechtsverhältnis

1

Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sowie ggfs. der Begleitperson sind *privatrechtlicher* Natur.

2

Die AVB werden für Patienten wirksam, wenn diese

2.1

jeweils ausdrücklich oder – wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist – durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses darauf hingewiesen wurden.

2.2

von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten.

2.3

sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben. Die Einverständniserklärung erfolgt regelmässig durch Unterschrift des Behandlungs- oder Aufnahmevertrages durch den Patienten oder dessen Vertreter/Beauftragten.

§ 3

Umfang der Krankenhausleistungen

1

Die voll-, teil- sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die *allgemeinen Krankenhausleistungen* und die *Wahlleistungen*.

2

Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind.

Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:

2.1

Die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGV V).

2.2

Die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter.

2.3

Die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

2.4

Die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten.

2.5

Die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Absatz 1, Satz 3 SGB V.

3

Nicht Gegenstand der *allgemeinen Krankenhausleistungen* sind:

3.1

Die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.

3.2

Die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen / Entbindungshelfer.

3.3

Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (zum Beispiel: Prothesen, Unterarmgehstützen, Krankenfahrstühle).

3.4

Die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.

3.5

Leistungen, die nach Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.

4

Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

5

Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Massgabe des DRG-Entgelttarifes – soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden – Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden.

§ 4

Aufnahme, Verlegung, Entlassung

1

Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsbildes.

2

Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (*Notfall*), wird – auch wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht gegeben sein sollte –

einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.

3

Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist.

Darüber hinaus kann auf Wunsch im Rahmen von *Wahlleistungen* eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

4

Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in *Notfällen*) können Patienten innerhalb des Hauses (z.B. auf die Intensivstation) oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden.

Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten abgestimmt.

Eine auf Wunsch des Patienten ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V bei Abrechnung einer Fallpauschale von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig.

Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des Patienten. Das Krankenhaus informiert den Patienten hierüber.

5

Entlassen wird,

5.1

wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf

o d e r

5.2

die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichen Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht.

Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach § 3, Unterpunkt 3.2 der AVB nicht mehr gegeben sind.

6

Sofern keine nachstationäre Krankenhausbehandlung mehr eingeleitet wird, endet die Leistungspflicht des Krankenhauses aus dem Aufnahmevertrag mit der Entlassung.

§ 5

Vor- und nachstationäre Behandlung

1

Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1.1

die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (*vorstationäre Behandlung*).

1.2

im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (*nachstationäre Behandlung*).

2

Die *vorstationäre Krankenhausbehandlung*, die drei Behandlungstage innerhalb von fünf Kalendertagen vor Beginn der *stationären Behandlung* nicht überschreiten darf, wird beendet,

2.1

mit Aufnahme des Patienten zur *vollstationären Behandlung*,

2.2

wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des *vorstationären* Zeitrahmens notwendig ist,

2.3

wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

In den Fällen 2.2 und 2.3 endet auch der Behandlungsvertrag.

3

Die *nachstationäre Krankenhausbehandlung*, die sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Kalendertagen, nicht überschreiten darf, wird beendet,

3.1

wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist oder

3.2

wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von 14 Kalendertagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der *vor- und nachstationären Behandlung* wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

4

Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die *vor- und nachstationäre Behandlung* des Patienten.

§ 6

Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem *DRG – Entgelttarif* in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage 1).

Soweit Krankenhausleistungen über *diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG´s = Diagnosis Related Groups)* abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalles (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert und so weiter).

Bemessungsgrundlage ist das für Deutschland jeweils gültige *DRG – System* neben den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

§ 7

Unterrichtung der Patienten

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 8

Wahlleistungen

1

Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit hierdurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.

2

In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen der Mutter nicht auf gesunde Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.

3

Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.

4

Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird. Im übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

5

In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte, der Konsiliarärzte oder der fremden ärztliche geleiteten Einrichtungen – auch wenn bereits Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden – nicht mit dem Krankenhaus, sondern unmittelbar mit dem Belegarzt oder dem Konsiliararzt oder der fremden Einrichtung zu treffen.

6

Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessens Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

Näheres regeln der DRG-Entgelttarif und die Wahlleistungsvereinbarung.

§ 9

Abrechnung des Entgelts bei gesetzlichen Krankenversicherungen und Heilfürsorgeberechtigten

1

Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (Krankenkassen und andere) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Krankenhaus seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab.

Auf Verlangen des Krankenhauses legt der Patient eine Kostenübernahmeerklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.

Bei nicht notfallmässigen Behandlungen kann das Krankenhaus die Aufnahme des Patienten ablehnen, wenn dieser keine Kostenübernahmeerklärung eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers vorlegt.

2

Gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der *vollstationären Krankenhausbehandlung* an innerhalb eines Kalenderjahres nach Maßgabe des § 39 Absatz 4 SGB V eine Zuzahlung, die vom Krankenhaus an die Krankenkasse weitergeleitet wird.

Nähere Einzelheiten ergeben sich aus der Anlage 1(DRG-Entgelttarif) zu diesen AVB.

§ 10

Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern

1

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder *Wahlleistungen* in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (zum Beispiel Krankenkasse).

In diesem Fall ist der Patient dem Krankenhaus gegenüber *Selbstzahler*.

2

Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erteilt.

Voraussetzung für eine solche *Direktabrechnung* ist, dass der Versicherte schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden. Das Nähere wird im Behandlungsvertrag geregelt.

3

Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.

4

Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.

5

Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.

6

Bei Zahlungsverzug können sowie Mahngebühren berechnet werden. Nähere Einzelheiten sind in der Anlage 1 (DRG-Entgelttarif) geregelt.

7

Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

8

Beihilfeberechtigte sind grundsätzlich als Selbstzahler anzusehen. Das Krankenhaus kann vom Beihilfeberechtigten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme verlangen, dass *ein „Antrag auf Abschlagszahlung für eine zu erwartende Beihilfe bei stationärer Krankenhausbe-*

handlung“ gestellt wird. Die Abschlagszahlung hat dann auf eines der Konten des Krankenhauses zu erfolgen. Ein entsprechendes Antragsformular wird vom Krankenhaus vorgehalten.

§ 11

Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

1

Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von DRG's nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte angemessene Vorauszahlungen verlangen.

Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Absatz 4 BPFIV).

2

Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage der DRG's nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.

Ab dem 8. Tag des Krankenhausaufenthaltes kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Absatz 7 KHEntgG).

§ 12

Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer *stationären Krankenhausbehandlung* in der Regel nicht vereinbar.

Während einer stationären Behandlung werden Patienten daher nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des zuständigen Krankenhausarztes beurlaubt.

§ 13

Ärztliche Eingriffe

1

Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.

2

Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, wird der Eingriff ohne eine ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich erforderlich ist.

3

Absatz 2 gilt entsprechend, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 14

Obduktion

1

Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn

1.1

der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder

1.2

der erreichbare nächste Angehörige (Absatz 3) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, einwilligt und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.

2

Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten noch eingewilligt hat.

3

Nächster Angehöriger im Sinne des Absatzes 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung:

- Der Ehegatte beziehungsweise eingetragene Lebenspartner.
- Die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder).
- Die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern) oder – sofern der Verstorbene zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand – dem *Sorgeinhaber*.
- Die volljährigen Geschwister.
- Die Großeltern.

Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft.

Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung des nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen.

Hatte der Verstorbene die Entscheidung über seine Obduktion einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

4

Die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.

5

§ 12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen.

Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des *Transplantationsgesetzes* maßgeblich.

§ 15

Aufzeichnungen und Daten

1

Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, sind Eigentum des Krankenhauses.

2

Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen.
Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

3

Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, gegebenenfalls auf Überlassung von Kopien auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.

4

Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den *Datenschutz*, der *ärztlichen Schweigepflicht* und des *Sozialgeheimnisses*.

Näheres regelt das Formblatt „Erklärung zur Datenverarbeitung“.

§ 16

Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 17

Eingebrachte Sachen

1

In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Geld und Wertsachen sind grundsätzlich nicht im Krankenhaus einzubringen.

2

Geld und Wertsachen werden in Einzelfällen auf Antrag des Patienten bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt. Die in den Patientenzimmern teilweise vorhandenen Safes dienen lediglich der Aufnahme der persönlichen Unterlagen des Patienten sowie kleinerer Bargeldbeträge.

3

Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben.

4

Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.

5

Im Falle des Absatz 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den *Herausgabeanspruch* verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.

6

Absatz 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld- und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden.

Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 18

Haftungsbeschränkung

1

Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit.

Das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.

2

Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden.

Die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

§ 19

Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Viersen zu erfüllen.

§ 20

Gerichtsstand

Gerichtsstand ist Viersen.

§ 21

Inkrafttreten

Diese AVB treten am 15. März 2005 in Kraft.

Gleichzeitig werden die AVB der Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH vom 01.10.2001 aufgehoben.

41747 Viersen, den 07. März 2005

ALLGEMEINES KRANKENHAUS VIERSEN GMBH

Gerold Eckardt
Geschäftsführer