



salus klinik

Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow

Fon 033933 88-0

Fax 033933 88-119

mail@salus-lindow.de

www.salus--lindow.de

Direktor:

Dipl.-Psych. Robert Schöneck

Leitender Arzt:

Reto Gina

Name Patient*in

Vereinbarungen über eine stationäre Behandlung in der Psychosomatikabteilung der salus klinik Lindow

Hiermit erkläre ich mich bereit, den vereinbarten Pflegesatz pro Tag für die Dauer meines Aufenthaltes in der salus klinik Lindow zu zahlen. Dieser Betrag beinhaltet alle Kosten für die Unterbringung, Verpflegung, medizinisch und therapeutisch notwendige Maßnahmen. Kosten, die durch interkurrente Erkrankungen und durch Behandlung externer Ärzte oder Behandlungsstätten entstehen, werden separat von dort zu meinen Lasten berechnet. Der Aufnahme- und Entlassungstag gelten als ein Pflege- bzw. Berechnungstag. Der Pflegesatz wird in der Regel einmal jährlich der allgemeinen Kostenentwicklung angepasst. Ich werde den höheren Pflegesatz ab dem Tag der Bekanntgabe anerkennen. Behandlungsgrundlagen sind das zur Zeit der Aufnahme gültige Therapiekonzept und die Hausordnung.

Ich versichere, die jeweils zur Monatsmitte und Monatsende gestellten Rechnungen nach Erhalt innerhalb von 14 Tagen zu begleichen. Bis zur Aufnahme ist eine Pflegekostenvorauszahlung von €3.500,- (Dreitausendfünfhundert) bzw. eine der Aufenthaltsdauer entsprechende Vorauszahlung in bar oder auf die unten genannte Bankverbindung zu leisten. Wurde die Vorauszahlung durch Zahlungsrückstände aufgezehrt, kann nur unter der Voraussetzung, dass am gleichen Tag eine weitere Pflegekostenvorauszahlung geleistet wird, die Behandlung fortgesetzt werden. Die Pflegekostenvorauszahlung wird mit den letzten Rechnungen verrechnet, eine mögliche Überzahlung wird umgehend auf mein Konto zurück überwiesen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Höhe der Kostenerstattung von Beihilfestellen unterschiedlich gehandhabt wird. Die Erstattung erfolgt prozentual entweder vom Privat-zahler-Pflegesatz oder vom vereinbarten Pflegesatz mit den gesetzlichen Kostenträgern. Bitte erfragen Sie vor Antritt der Therapie die Höhe der Kostenerstattung bei Ihrer Beihilfestelle. Die Klinik übernimmt keine Gewähr für eventuelle Erstattungen oder deren Höhe. Ich wurde von der Klinik darauf hingewiesen, dass ich als Selbstzahler keinen Kostenantrag für dieselbe Behandlung bei der Rentenversicherung stellen kann. Ich erkläre hiermit, dass ich keinen Kostenantrag für die beabsichtigte Behandlung gestellt habe und auch keinen stellen werde.

Ich versichere weiterhin, dass zum heutigen Zeitpunkt weder ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenz-, Zwangsvollstreckungs-, Konkurs- oder Vergleichsverfahrens gestellt wurde, noch ein laufendes derartiges Verfahren zu meinem Vermögen besteht.

Unterschrift des Patienten

Muster Selbstzahlervertrag PS 0220

Geschäftsführer:
Rodolfo E. Baumbach
Dr. Julia Domma-Reichart

Bank für Sozialwirtschaft AG
IBAN DE15370205000008308300
BIC BFSWDE33XXX

Salus-Klinik GmbH & CO. Lindow KG
Amtsgericht Neuruppin
HRA 722
Steuer-Nr. 052/163/00140