

AVB I3 - **Grundlagen der Allgemeinen Vertragsbedingungen** (AVB)
für die
DGD - Klinik Hohe Mark
Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH, Marburg
(Krankenhausträger)

Inhaltsübersicht

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Rechtsverhältnis
- § 3 Umfang der Krankenhausleistungen
- § 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung
- § 5 Vor- und nachstationäre Behandlung
- § 6 Entgelt
- § 7 Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten
- § 8 Zuzahlung für gesetzlich Krankenversicherte bei stationärer Behandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V
- § 9 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern
- § 10 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen
- § 11 Beurlaubungen
- § 12 Ärztliche Eingriffe
- § 13 Aufzeichnungen, Daten und interne Qualitätssicherung
- § 14 Vereinbarung einer Auskunftssperre
- § 15 Kontaktsperre (Abtl. Psychotherapie / Psychosomatik)
- § 16 Hausordnung
- § 17 Zahlungsort
- § 18 Inkrafttreten

§ 1 – Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klinik Hohe Mark und den Patient*innen bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nach-stationären Krankenhausleistungen.

§ 2 – Rechtsverhältnis

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten / der Patientin sind privatrechtlicher Natur.

(2) Die AVB werden für die Patient*innen wirksam, wenn diese

- jeweils ausdrücklich oder – wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter verhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist – durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses darauf hingewiesen wurden,
- 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,
- sich mit ihrer Geltung im Behandlungsvertrag einverstanden erklärt haben.

§ 3 – Umfang der Krankenhausleistungen

(1) Die vollstationären, teilstationären 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 der Patient*innen für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:

- a) die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
- b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
- c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der Patient*innen.

(3) Nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen sind

- a) 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.
- b) Hilfsmittel, die dem Patienten / der Patientin bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
- c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.

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

§ 4 – Aufnahme, Verlegung, Entlassung

(1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Behandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsfalles.

(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 ist – einstweilen aufgenommen, bis seine Aufnahme in ein anderes, geeignetes Krankenhaus gesichert ist.

(3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung der Patient*innen medizinisch notwendig ist 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 Patient*innen in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten / der Patientin abgestimmt.
Eine auf Wunsch des / der gesetzlich Versicherten 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, wenn die Verlegung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Versicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Versicherten hierüber.

- (5) Entlassen wird,
- a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der vollstationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient / die Patientin entgegen ärztlichem Rat auf seiner / ihrer Entlassung oder verlässt er / sie eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 – Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) Patient*innen in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
- a) die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung),
 - b) 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,
- a) mit Aufnahme des Patienten / der Patientin zur vollstationären Krankenhausbehandlung,
 - b) wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist,
 - c) wenn der Patient / die Patientin die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag.

- (3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten darf, wird beendet,
- a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist
- oder
- b) wenn der Patient / die Patientin die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht. Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt / der einweisenden Ärztin 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 Ärzt*innen gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

- (4) Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt / die einweisende Ärztin unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten / der Patientin sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte*innen über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 6 – Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif bzw. DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist. Die aktuelle Version kann im Patientensekretariat der Klinik jederzeit eingesehen werden.

§ 7 – Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

- (1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen etc.) 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 / die Patientin 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.
- (2) Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V eine Zuzahlung, die vom Krankenhaus an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Pflegekostentarif.
- (3) Gesetzlich Krankenversicherte, 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*innen bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 8 - Zuzahlung für gesetzlich Krankenversicherte bei stationärer Behandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V

- (1) Nach den gesetzlichen Vorschriften haben Versicherte nach § 39 Abs. 4 SGB V für jeden Kalendertag im Krankenhaus 10 Euro an das Krankenhaus zu zahlen (innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Kalendertage).
Zuzahlungen, die bereits während des Jahres für vorausgehende stationäre Behandlungen an ein Krankenhaus, an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 32 Abs. 1 S. 2 SGB VI sowie im Rahmen von stationären Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 6 S. 1 SGB V an die Krankenkassen geleistet wurden, werden auf die für ihren jetzigen Krankenhausaufenthalt zu leistende Zuzahlung angerechnet.
- (2) Die Zuzahlungspflicht **entfällt** bei
 - berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung
 - Kriegsversehrten (welche unmittelbar aus dem Bundesversorgungsgesetz einen Anspruch auf Heilpflege und Krankenhausbehandlung haben)
 - Leistungsempfängern von Sozialhilfeträgern
 - Mitgliedern der Postbeamtenkrankenkasse A
 - Aktive Soldaten*innen der Bundeswehr
 - Patient*innen vor der Vollendung des 18. Lebensjahres
 - teil-, vor- und nachstationärer Behandlung
 - ambulanter Behandlung oder ambulanter Operation
 - tatsächlichen Entbindungsaufenthalten
 - Behandlungen in Bezug auf den Seuchenschutz
 - Erreichen des Maximalbetrages von 280,00 € (bitte Quittungen vorlegen)
 - Befreiung von den Zuzahlungen (bitte Befreiungsausweis vorlegen)
- (3) Nach der Behandlung erhält der Patient / die Patientin eine Rechnung von der Klinik oder seiner Krankenkasse über die Höhe der Zuzahlung zum Zwecke der Bezahlung nach Hause.

§ 9 – Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern

- (1) Sofern kein gesetzlicher/privater Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen/privaten Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient / die Patientin dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler*in.
- (2) Selbstzahler*innen sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient / die Patientin als Versicherter / Versicherte 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 / die Versicherte schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
- (3) Die Erstellung der Arztrechnungen und das Inkasso wird von einer Verrechnungsstelle für Ärzte*innen vorgenommen werden.
- (4) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
- (5) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
- (6) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
- (7) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) sowie Mahngebühren in Höhe von Euro 5,00 berechnet werden, es sei denn, der Patient / die Patientin weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.
- (8) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 10 – Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Das Krankenhaus kann für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 BPflV).
- (2) Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts 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 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
- (3) Wenn Sie für die allgemeine Krankenhausbehandlung und / oder für die Wahlleistung Zimmer keinen Kostenträger vorweisen können, sind Sie dem Krankenhaus gegenüber **Selbstzahler** und es wird seitens des Krankenhauses eine Vorauszahlung (VZ) verlangt. Für die allgemeine Krankenhausbehandlung ist eine Vorauszahlung in Höhe von **5.000 €** zu entrichten, für die Wahlleistung Zimmer beträgt die Vorauszahlung **1.500 €**. Sie erhalten von uns eine schriftliche Vorauszahlungsaufforderung. Weitere Vorauszahlungsaufforderungen erhalten Sie während Ihres Aufenthaltes. Ihre Vorauszahlungen werden mit der Endrechnung verrechnet. *Die erste Vorauszahlung ist vor dem Aufnahmetag fällig.*

§ 11 – Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar. Während einer stationären Behandlung werden Patient*innen daher nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des Leitenden Abteilungsarztes / der leitenden Abteilungsärztin beurlaubt.

§ 12 – Ärztliche Eingriffe

- (1) Eingriffe in die körperliche und geistig–seelische Unversehrtheit der Patient*innen werden nur nach seiner / ihrer Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner / ihrer Einwilligung vorgenommen.
- (2) Ist der Patient / die Patientin außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne eine ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes / der zuständigen Krankenhausärztin zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
- (3) Absatz 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten / einer beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patientin der gesetzliche Vertreter / die gesetzliche Vertreterin nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine / ihre, dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 13 – Aufzeichnungen, Daten und interne Qualitätssicherung

(weiter siehe „Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß § 16ff. DSGVO“) *(weitere Informationen sind im Anhang des AVB I3 enthalten)*

<https://www.hohemark.de/leistungen-angebote/ihr-weg-zu-uns-aufnahme/oberursel-aufnahme/>

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
- (2) Patient*innen haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.
- (3) Das Recht des Patienten / der Patientin oder eines von ihm / ihr Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien auf seine / ihre Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes / der behandelnden Krankenhausärztin 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.
- (5) Zum Zwecke der Erfüllung der Aufgaben der Klinik einschließlich der Kostensicherung auch von Dritten, insbesondere Sozialversicherungsträgern und Sozialhilfeträgern, können notwendige Angaben durch die Klinikverwaltung eingeholt werden (z.B. über Mitgliedschaft in einer Krankenkasse).
- (6) Medizinische Patientendaten sind grundsätzlich nur dem ärztlichen und pflegerischen Personal bekannt und werden nur von diesen verarbeitet und genutzt.
Die Verwaltung der Klinik darf diese Daten nur nutzen, soweit dies zur verwaltungsmäßigen Abwicklung der Behandlung der Patient*innen erforderlich ist. Die Patientenakten werden nach Ablauf von 30 Jahren vernichtet.
- (7) Für die in der Klinik verwendete Software können Privatfirmen mit der Reparatur und Wartung beauftragt werden (sog. Fernwartung). Hierbei werden die datenschutzrechtlichen Belange dadurch gewahrt, das auch die ausführenden Firmen und deren Mitarbeiter*innen aufgrund der allgemeinen Datenschutzbestimmungen gesetzlich und vertraglich an die Schweigepflicht gebunden sind. Dies gilt für die Fälle, in denen personenbezogene Daten im Rahmen von Pflege- oder Wartungsarbeiten an ausführende Firmen (außerhalb des Gewahrsams der Klinik) gelangen können.
- (8) Auftragsverarbeitung im Sinne der Datenschutzgesetze findet ebenfalls in dem Bereich der Abrechnung statt.
- (9) Die Klinik bedient sich für Schreivarbeiten externer Unternehmen. Die personenbezogenen Daten verbleiben im Gewahrsam der Klinik.

§ 14 – Vereinbarung einer Auskunftssperre

(1) Wenn Sie mittels des Formulars „Vereinbarung zur Auskunftssperre“ eine Auskunftssperre mit uns **vereinbaren**, bedeutet dies:

- es werden keinerlei Daten des Patienten / der Patientin an anfragende Personen / Besucher / Behörden etc. weitergegeben, die einen Hinweis auf den Aufenthalt in der Klinik geben könnten. Ausgenommen davon ist die allgemeine Datenübermittlung an die Krankenkasse oder den MDK zu Abrechnungszwecken u.ä. und an Behörden im Rahmen von polizeilichen Ermittlungen, wenn dieses nachweisbar erforderlich ist.
- Falls Sie **online-shopping** betreiben während Ihres Aufenthaltes bei uns werden die Pakete **nicht** angenommen, bzw. **nicht** an Sie zugestellt und nach Möglichkeit durch uns an den Absender wieder zurückgesandt!
- Falls Sie **private Pakete / Briefsendungen** erhalten, werden diese **nicht** angenommen und an den Absender zurückgesandt mit dem Vermerk: Empfänger unbekannt!
Die Auskunftssperre kann jederzeit widerrufen werden.

(2) Wenn keine Auskunftssperre vereinbart wurde, bedeutet dies:

- es werden gegebenenfalls Station und Zimmer-Nummer an anfragende Personen / Besucher / Behörden etc. übermittelt,
- Postsendungen und Pakete werden von uns für Sie entgegengenommen, wenn sie ordentlich adressiert worden sind mit Stationsangabe, Name und Vorname.
- Können wir den Brief / das Paket nicht zustellen, gehen die Sendungen – wenn möglich - zurück an den Absender.

§ 15 – Kontaktsperre

Patient*innen der *Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik* haben eine dreiwöchige Kontaktsperre mit Beginn am Aufnahmetag, welche aber zum Umfang und Inhalt der Therapie gehört. Dieses ist näher erläutert in den Aufnahmeunterlagen (siehe auch „Hinweisblatt zur Behandlung in der Abteilung Psychotherapie“).

§ 16 – Hausordnung

Die Klinik hat eine Hausordnung erlassen. Die aktuelle Version kann im Patientensekretariat der Klinik jederzeit eingesehen werden bzw. auf der Website der Klinik heruntergeladen werden:

<https://www.hohemark.de/leistungen-angebote/ihr-weg-zu-uns-aufnahme/oberursel-aufnahme/>

§ 17 – Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige / die Zahlungspflichtige hat seine / ihre Schuld auf seine / ihre Gefahr und seine / ihre Kosten in Oberursel zu erfüllen.

§ 18 – Inkrafttreten

Diese Allgemeinen Vertragsbedingungen treten ab dem auf Seite 1 angegebenen Aktualisierungsdatum in Kraft.