



Vormerkung für Walleistung

Zwischen

 **Klinikum**
Landsberg am Lech

Bgm.-Dr.-Hartmann-Str. 50
86899 Landsberg am Lech

K-Nr. Kh: 260911444

und

Name, Vorname des Patienten _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ PLZ _____ Wohnort des Patienten _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer _____ mutmaßlicher Entbindungstermin _____

Mail-Adresse _____ Termin bei geplantem Kaiserschnitt _____

Ggf. Name und Adresse Kostenträger Walleistung _____

Ggf. Mitgliedsnummer des Patienten _____

Über die Gewährung der nachstehenden angekreuzten
gesondert berechenbaren Walleistungen

zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und im Pflegekostentarif bzw. Krankenhausentgelttarif oder PEPP-Entgelttarif genannten Bedingungen:

- 1-Bett-Zimmer Premiumstation (Preis je Berechnungstag) € 188,00**
- Behandlung durch einen Wahlarzt (Geburtshilfe/Gynäkologie CÄ Dr. med Britt Kerler oder ständige ärztliche Vertretung)**
- Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson:**
- () bei erwachsenen Patienten **im Zimmer auf der Premiumstation € 98,00/Tag**
(nur in Verbindung mit einem 1-Bett-Zimmer auf der Premiumstation möglich)
- () bei erwachsenen Patienten **auf der Premiumstation in der Suite € 188,00/Tag**
(nur in Verbindung mit einem 1-Bett-Zimmer auf der Premiumstation möglich)

Hinweis:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Walleistungen besteht **kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz**. Bei Inanspruchnahme von Walleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

Landsberg am Lech, den _____

Unterschrift des Patienten

Ggf.: Ich handele als Vertreter des Patienten mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters in Klartext

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters