

LS Klinikum gGmbH • Gartenstr. 21 • 74564 Crailsheim

Patientenmanagement

Birgit Fürnstahl

Leitung Patientenmanagement

Tel 07951 490-113

Fax 07951 490-119

birgit.fuernstahl@klinikum-crailsheim.de
www.klinikum-crailsheim.de

Gartenstr. 21
74564 Crailsheim

08.02.2024
Unser Zeichen: bf

Information zur Übernachtung im Klinikum ohne medizinische Behandlung (Hotelleistung)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie möchten aufgrund Ihrer ambulanten Operation die Übernachtung (Hotelleistung) in unserem Klinikum in Anspruch nehmen.

Hierzu erhalten Sie einige Informationen:

Übernachtung (Hotelleistung) bedeutet, dass Sie auf eigenen Wunsch auf einer Station in unserem Klinikum untergebracht werden und Verpflegung erhalten.

Die Kosten hierfür fallen zu Ihren Lasten an, da keine Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung besteht. Die Kostenträger lehnen die Übernahme dieser Kosten daher ab.

Wir berechnen für

- Unterbringung und Verpflegung (Frühstück, Mittagessen, Abendessen incl. Getränke)
Eine pflegerische Versorgung und medizinische Behandlung ist nicht enthalten!

100,00 € pro Übernachtung

Denken Sie an Ihre Medikamente, diese werden nicht vom Klinikum gestellt.

Für die Unterbringung in einem unserer 2-Bett Wahlleistungszimmer berechnen wir zusätzlich zur o.g. Pauschale den jeweils gültigen Zimmerpreis.

Sobald der ambulante Op-Termin feststeht und Sie sich dazu entschließen die Übernachtung (Hotelleistung) in unserem Haus in Anspruch zu nehmen, bitten wir Sie das Personal in der Aufnahme bzw. in der Sprechstunde zu informieren, damit alles Weitere in die Wege geleitet werden kann.

X Bitte überweisen Sie den fälligen **Betrag in Höhe von _____ € vor Behandlungsbeginn** auf unser unten angegebenes Konto oder begleichen Sie den Betrag an der Information/Pforte des Klinikums per EC-Karte oder in bar.
Bei Überweisung bitte unter **Verwendungszweck „Hotelleistung“ und Patientennamen** eintragen.

Vertrag für Übernachtung (Hotelleistung)

zwischen

(Name, Vorname Patient/in)

(Geb.-Datum Patient/in)

(Anschrift Patient/in)

**und der Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH
Gartenstr. 21, 74564 Crailsheim**

Aufnahmetag: _____

Station: _____

Ich beantrage somit folgende Unterbringung als Übernachtung (Hotelleistung)

- Unterbringung und Verpflegung (Frühstück, Mittagessen, Abendessen incl. Getränke)
Eine pflegerische Versorgung und medizinische Behandlung ist nicht enthalten!

100,00 € pro Übernachtung

- zusätzliche Pauschale für 2-Bett-Wahlleistungszimmer

_____ **€ pro Übernachtung**

Crailsheim, den _____

X

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Klinikmitarbeiter/in

- X Bitte überweisen Sie den fälligen **Gesamtbetrag in Höhe von _____ € vor Behandlungsbeginn** auf unser unten angegebenes Konto oder begleichen Sie den Betrag an der Information/Pforte des Klinikums per EC-Karte oder in bar.
Bei Überweisung bitte unter **Verwendungszweck „Hotelleistung“ und Patientennamen** eintragen.

Bankverbindung:

Sparkasse Schwäbisch Hall IBAN DE95 6225 0030 0000 1600 12, BIC SOLADES1SHA

Bei Rückfragen bezüglich der Übernachtung/Hotelleistung stehen wir Ihnen unter Tel. Nr. 07951 490-113 gerne zur Verfügung