



Vereinbarung für den Fall vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes zwischen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Anschrift

und der

Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH
als Trägerin des St. Vinzenz-Hospitals Dinslaken,
Dr. Otto-Seidel-Str. 31 – 33, 46535 Dinslaken

Heute, am _____ bin ich um _____ Uhr in einem Gespräch durch den
Krankenhausmitarbeiter Frau/Herr _____ darüber informiert worden,
dass der Wahlarzt der Fachabteilung, Frau/Herr Dr. med. _____ zu dem
geplanten Behandlungstermin verhindert ist und deshalb die bei mir vorgesehene
Behandlung nebst Begleitleistungen nicht persönlich durchführen kann.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich angesichts dieser Situation die Wahl habe, die
vorgesehene stationäre ärztliche Behandlung

1. bis zur Rückkehr oder bis zu dem Wegfall der Verhinderung des Wahlarztes zu
verschieben,
2. künftig insgesamt als allgemeine Krankenhausleistung, d.h. ohne Inanspruchnahme
wahlärztlicher Leistungen grundsätzlich durch den jeweiligen diensthabenden Arzt
durchführen zu lassen,
3. durch den Vertreter von Frau/Herrn Dr. med. _____ [Name des
Wahlarztes], Frau/Herrn _____ [Name des Vertreters] zu den
Konditionen der bereits unterzeichneten Wahlleistungsvereinbarung vornehmen zu
lassen.

**In Kenntnis dieser Varianten habe ich mich für die nachstehende Möglichkeit
entschlossen (zutreffendes bitte ankreuzen).**

1. 2. 3.

**Mir ist bekannt, dass im Fall der Behandlung durch den Vertreter (Möglichkeit 3) für
dessen Leistungen ein wahlärztliches Honorar in gleicher Weise zu entrichten ist, wie
im Falle der Leistungserbringung durch den Wahlarzt selbst und die Liquidation
weiterhin durch den Wahlarzt erfolgt.**

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. seines
Vertreters

Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters