



## Merkblatt zur Aufklärung über die Eigenbeteiligung zur stationären Behandlung und Zahlungsaufforderung für gesetzlich Versicherte

### 1. Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung

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). Der Zuzahlungsbetrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

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.

Die Zuzahlungspflicht besteht nicht

- bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bei ambulanter, vor-, nach- und teilstationärer Behandlung im Krankenhaus,
- bei berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung,
- bei Krankenhausbehandlung wegen anerkannter Schädigungsfolge nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- bei Krankenhausaufenthalten zur Entbindung,
- bei Befreiungen von der Zuzahlungspflicht.

### 2. Zahlungsaufforderung

Soweit Sie zur Zahlung der Zuzahlung verpflichtet sind, fordern wir Sie hiermit auf, am Tag der Entlassung den Zuzahlungsbetrag in der Stationären Patientenaufnahme in bar oder per EC-Karte zu entrichten.

#### **Öffnungszeiten der Stationären Patientenaufnahme:**

Montag - Donnerstag: 7:30 Uhr bis 15:30 Uhr

Freitag: 07:30 Uhr bis 13:30 Uhr

Sollten Sie außerhalb der Öffnungszeiten entlassen werden, erhalten Sie später von uns eine Rechnung nach Hause.

### 3. Erklärung des Patienten

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr pro Tag 10,00 € für Krankenhausbehandlung zu zahlen habe. Den sich ergebenden Zuzahlungsbetrag werde ich bis zum Ende meines stationären Krankenhausaufenthaltes an das Krankenhaus entrichten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Sollten Sie von der Zuzahlungspflicht befreit sein oder in diesem Jahr bereits Zuzahlungen geleistet haben, bitten wir um Vorlage der Quittungen oder des Befreiungsausweises in der stationären Patientenaufnahme.**

Befreiung liegt in Kopie vor