

Vereinbarung zum „Betreuten Schlafen“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist für den _____

in unserem Hause eine ambulante Operation mit einer Übernachtung im Rahmen des „Betreuten Schlafens“ geplant. Sie bleiben die Nacht nach der Operation auf unserer Bettenstation und werden durch Ihre behandelnden Ärzte und unser examiniertes Pflegefachpersonal rund um die Uhr betreut.

Unsere Leistungen unterscheiden sich hierbei nicht von den Leistungen der vollstationären Betreuung eines Krankenhauses und sind auf ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtet:

- kontinuierliche medizinische Überwachung
- Kontrolle von Wunddrainagen
- optimierte Schmerztherapie
- Verpflegung
- Hilfestellung bei Nahrungsaufnahme und körperlicher Mobilisation
- ärztliche Entlassungsvsiste.

Sie sparen Zeit und Fahrtkosten für eine notwendige postoperative Visite bei uns am nächsten Tag.

Wenn Sie den Wunsch haben, eine oder weitere Nächte auf unserer Bettenstation zu verweilen, so berechnen wir Ihnen für jede Nacht **149,00 €**. Den Rechnungsbetrag entrichten Sie bitte an uns in bar oder per EC-Karte vor Beginn Ihres Aufenthaltes.

Sie können versuchen, diese Übernachtungskosten bei Ihrer Krankenkasse geltend zu machen. In jedem Fall jedoch übernehmen Sie zunächst selbst die Bezahlung der Übernachtungskosten.

Wenn Sie die Übernahme der Übernachtungskosten für sich vermeiden wollen, sprechen Sie bitte Ihre behandelnden Ärzte an, ob Sie möglicherweise nach dem erfolgten Eingriff sofort nach Hause entlassen werden können. Dazu müssen Sie allerdings eine Reihe von medizinischen Voraussetzungen erfüllen.

Bitte bestätigen Sie uns **unbedingt** mit Ihrer Unterschrift auf dieser Vereinbarung, dass Sie vor Anreise die Übernachtungskosten am OP-Tag entrichten werden, damit wir Sie auf der Bettenstation einplanen können. Die beiliegende Zweitschrift der Vereinbarung ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Kronshagen, den _____

Betrag dankend erhalten: _____

Unterschrift des Patienten