

## Dienstleistungsbedingungen - Seite 1 von 3

Für Lee Health System, das unter dem Namen Lee Health Facilities („Lee Health“) seine Geschäftstätigkeit ausübt, einschließlich jedoch nicht beschränkt auf: Lee Physician Group, Lee Convenient Care, Lee Memorial Hospital, HealthPark Medical Center, Gulf Coast Medical Center, sowie Cape Memorial Hospital, Inc., das unter dem Namen Cape Coral Hospital seine Geschäftstätigkeit ausübt.

### HINWEIS ÜBER BESCHRÄNKTE HAFTUNG

IN MEINEM EIGENEN NAMEN, DEM NAMEN MEINES KINDES, UND/ODER MEINES PFLEGEBEFOHLENDEN, BESTÄTIGE ICH HIERMIT, DASS ICH WIE FOLGT INFORMIERT WURDE: Die ärztliche Versorgung und Behandlung, die ich bei einer Lee Health-Einrichtung erhalte, kann mir von Ärzten, Chirurgen, Krankenschwester-Hebammen, Arzthelfern, examinierten Krankenpflegern oder -schwestern oder anderen Personen (alle hierin als „Versorger“ bezeichnet), die Angestellte oder Beauftragte von Lee Health sind, verabreicht werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Versorger, die Angestellte und Beauftragte von Lee Health sind, unter alleiniger Aufsicht und Kontrolle von Lee Health stehen, und dass die Haftung für Handlungen oder Unterlassungen solcher Versorger auf \$200,000 pro Schadensersatzanspruch oder Gerichtsentscheidung beschränkt ist wenn es sich um eine Person handelt, und auf \$300,000 für alle Ansprüche oder Gerichtsurteile zusammengenommen, die auf den gleichen Vorfall oder das gleiche Vorkommnis zurückzuführen sind (siehe Abschnitt 768.28 des Gesetzbuches des Bundesstaates Florida).

Ich nehme weiterhin zur Kenntnis, dass ich von anderen, unabhängigen Auftragnehmern im Gesundheitswesen, versorgt und behandelt werden kann, einschließlich, nebst anderen, von meinem eigenen Arzt in Privatpraxis, von Röntgenärzten, Anästhesisten, Notfallversorgern, Pathologen und Kardiotechnikern, die weder Angestellte noch Bevollmächtigte von Lee Health sind. Ich verstehe und akzeptiere, dass Lee Health NICHT für Handlungen oder Unterlassungen seitens dieser unabhängigen Gesundheitsversorger haftbar ist.

Patient / bevollmächtigter Vertreter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Zeuge \_\_\_\_\_

**1. ABTRETUNG VON LEISTUNGSBEZÜGEN UND BESTELLUNG EINES BEVOLLMÄCHTIGTEN VERTRETERS.** Hiermit übertrage ich an Lee Health alle Zahlungen seitens aller drittpartiischen Kostenträger\*, bei denen ich versichert bin, oder von denen ich Zahlungsleistungen jetzt oder in der Zukunft für Krankenhauskosten und Gesundheitsleistungen erwarte oder erwarten könnte, die mir für, im Zusammenhang mit oder in Verbindung mit meiner Einlieferung ins Krankenhaus oder meiner Behandlung (in der Vergangenheit, gegenwärtig, oder in der Zukunft) verabreicht werden. Ich verpflichte mich, persönlich für die Zahlung von Krankenhaus- oder anderen Gesundheitsdienstleistungen haftbar zu sein, die durch meine drittpartiischen Kostenträger\* nicht gedeckt sind, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf nicht gedeckte Dienstleistungen oder Dienstleistungen außerhalb des Netzwerks, Selbstbeteiligungen, Mitversicherungen und/oder Eigenanteile. Weiterhin übertrage ich die Zahlung aller verfügbaren Versicherungsleistungen an die Ärzte, von denen ich bei Lee Health behandelt werde. Ich bevollmächtige hiermit meinen Planverwalter, Treuhänder, Versicherungsgesellschaft und/oder Anwalt, an Lee Health sämtliche Versicherungsplanunterlagen, zusammenfassende Leistungsbeschreibungen, Versicherungspolizen und/oder Abfindungsunterlagen herauszugeben. Durch diese Übertragung und Bestellung eines bevollmächtigten Vertreters beabsichtige ich, an Lee Health sämtliche Rechte zur Beanspruchung der gesundheitlichen Versorgung in Verbindung mit den von Lee Health verabreichten Dienstleistungen zu übertragen, einschließlich meiner Rechte zu allen Abfindungen, Versicherungszahlungen oder eventuell anwendbaren rechtlichen oder verwaltungstechnischen Abhilfen (einschließlich Schadenersatz, der aus Ansprüchen aufgrund Verletzung einer ERISA-Treuhandpflicht hervorgeht.) Ich erteile Lee Health das Recht, (1) Informationen über den Anspruch einzuholen, wie ich es selbst einholen könnte; (2) Beweismaterial beizubringen; (3) Aussagen über Tatsachen oder die Rechtsprechung zu machen; (4) Anfragen zu stellen, einschließlich Weitergabe oder Empfang von Mitteilungen über das Einlegen von Berufungen; (5) an verwaltungstechnischen und gerichtlichen Verfahren teilzunehmen und Ansprüche oder immaterielle Besitzrechte gegen alle haftpflichtigen Parteien, Versicherungsgesellschaften, Personalvorsorgepläne, medizinische Versorgungspläne oder Planverwalter zu verfolgen. Als mein Übertragungsempfänger und mein ernannter Bevollmächtigter kann Lee Health in meinem Namen alle oben genannten medizinischen Versorgungspläne, Personalvorsorgepläne, Planverwalter oder Versicherungsgesellschaften gerichtlich in Anspruch nehmen, wobei ich Derivativstellung einnehme.

**2. WEITERGABE VON INFORMATIONEN** Ich nehme zur Kenntnis, dass Lee Health gemäß der Rechtsprechung des Bundesstaates Florida und dem Bundesgesetz berechtigt ist, Kopien meiner Rechnungsunterlagen und Patientenakten zur Sicherstellung der Bezahlung der von mir erhaltenen Krankenhaus- und Behandlungsdienstleistungen für, in Zusammenhang und in Verbindung mit meiner Einlieferung oder Behandlung (in der Vergangenheit, gegenwärtig oder in der Zukunft) weiterzugeben und, falls notwendig, um die weitere Behandlung, sowie auch die etwaig damit verbundenen gesundheitlichen Handlungen zu gewährleisten, und zwar an folgende Personen oder Stellen: alle medizinischen Einrichtungen oder verbundene Leistungsträger; die mich überweisenden oder behandelnden Leistungsträger; die Krankenwagenfirma und ähnliche Transportunternehmen; den Garanten meines Kontos und alle drittpartiischen Kostenträger\* oder deren Bevollmächtigte; alle aufsichtführenden Stellen des Bundesstaates Florida oder der U.S.-Regierung und akkreditierende Organisationen; die bundesstaatliche Versorgungsanstalt (Social Security Administration); das Ministerium von Florida für Kinder- und Familiendienste und ähnliche Stellen. Hierzu gehören insbesondere gesundheitsbezogene Informationen über psychologische und psychiatrische Zustände und/oder ansteckende Krankheiten, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf durch Blut übertragene Krankheiten wie Hepatitis, das Human-Immunschwächevirus (HIV) und das erworbene Immunschwäche-Syndrom (AIDS). Sollte meine Einlieferung auf einen Verkehrsunfall zurückzuführen sein, so ermächtigt ich Lee Health, wie im Bundesstaat Florida erforderlich, eine Kopie meines Unfallberichtes einzuholen, um Zahlungen seitens einer dritten Partei zu ermöglichen und/oder meine Kraftfahrzeugsversicherungsdaten von der Straßenverkehrsverwaltungsbehörde von Florida anzufordern.

**3. DIE FINANZIELLEN PRAKTIKEN VON LEE HEALTH.** Ich nehme zur Kenntnis und bin einverstanden:

(a) Dass die Gebühren von Lee Health für Krankenhausdienstleistungen in der Preisliste des Krankenhauses aufgeführt sind (die Hauptpreisliste, oder „Charge Master“) und dass ich in die entsprechenden Teile derselben während der normalen Bürozeiten bei dem Financial Services Office, 224 Santa Barbara Blvd., Cape Coral, FL 33991, Einblick nehmen kann. Lee Health behält sich das Recht vor, die Preise in der Hauptpreisliste zu revidieren und zu ändern;

(b) dass mein Krankenhaus-Konto bei Lee Health ein „offenes Konto“ ist, auf dem alle meine aufgelaufenen Kosten und alle Zahlungen aufgelistet werden, wann immer solche Kosten oder Zahlungen als Teil einer einzigen Transaktion getätigt werden, die eine einzige Verpflichtung verursachen. Lee Health kann Rechnungen in Höhe von bis zu und einschließlich der fälligen Gesamtbeträge in regelmäßigen Abständen ausstellen;

(c) Dass der Betrag, den ich zu bezahlen verpflichtet bin, von dem Betrag, den andere Patienten zahlen müssen aufgrund der anderen Zahlungsmöglichkeiten dieser Patienten und der Versicherungsdeckung durch Drittparteien abweichen kann;

(d) Dass mir auf Wunsch Auskünfte über die finanziellen Unterstützungsprogramme von Lee Health zur Verfügung gestellt werden. Der Einzug eines Teils oder der Ganzheit meines offenstehenden Kontos kann ausgesetzt werden, wenn ich den Anforderungen

## Dienstleistungsbedingungen - Seite 2 von 3

für ein finanzielles Unterstützungsprogramm genüge, indem ich die entsprechenden Einkommensproben bestehe und auch sonst nicht in der Lage bin, die Krankenhauskosten zu begleichen. Aber auch wenn ich die Voraussetzungen für das Unterstützungsprogramm erfülle, bin ich einverstanden, dass mein offenstehender Kontostand weiterhin seitens meiner Kranken- oder Unfallversicherung, Arbeitnehmerentschädigung oder anderen drittparteiischen Quellen und drittparteiischen Regressansprüchen, wie z.B. Haftungsvergleiche und Gerichtsurteilen, zahlbar bleibt. Haftungsvergleiche und Gerichtsurteile unterliegen einem Vorzugsrecht durch Lee Health gemäß dieser Vereinbarung und dem Recht des Bundesstaates Florida;

(e) Lee Health kann aus Kulanzgründen Drittparteien einschließlich meiner Versicherung fakturieren, ist aber nicht dazu verpflichtet. Ich erkläre mich jedoch einverstanden, die in den einheitlichen Abrechnungsdokumenten (die Formulare UB-04 oder CMS-1500) von Lee Health aufgeführten Kosten für die von Lee Health verabreichten Dienstleistungen zu bezahlen, außer wenn dies gesetzlich verboten ist.

#### **4. FINANZIELLE VERPFLICHTUNG.** Ich erkläre mich mit Folgendem einverstanden:

(a) Ich bin zur Bezahlung sämtlicher Kosten für Krankenhaus- und Versorgungsdienstleistungen verpflichtet, die der Patient für, im Zusammenhang und in Verbindung mit der Einlieferung und der Behandlung (in der Vergangenheit, gegenwärtig oder in der Zukunft) erhält und verstehe, dass die Begleichung der Rechnung zum Zeitpunkt der Entlassung oder Beendigung der Behandlung fällig und zahlbar ist. Die Kosten, zu deren Bezahlung ich verpflichtet bin, sind in der Hauptpreisliste von Lee Health aufgeführt, die zur Zeit der verabreichten Dienstleistungen gültig ist und erscheinen auch in dem einheitlichen Abrechnungsdokument des Krankenhauses (Formular UB-04).

(b) Wenn Lee Health aus Kulanzgründen drittparteiische Kostenträger\* fakturiert, kann Lee Health jederzeit die Bezahlung von allen fälligen Kontenständen in voller Höhe verlangen, sofern dies nicht anderweitig gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist.

(c) Ich nehme zur Kenntnis, dass mir von Lee Health für von Lee Health erbrachte Dienstleistungen (einschließlich durch bei Lee Health angestellte Dienstleister), sowie von unabhängigen Auftragnehmern, die mich versorgen (wie z.B. mein Hausarzt, Anästhesist, Röntgenarzt, Pathologe oder Laborant) Kosten separat in Rechnung gestellt werden.

(d) Sämtliche überfällige Rechnungen können einer Inkassofirma oder einem Rechtsanwalt übergeben werden. In einem solchen Fall erkläre ich mich bereit, Anwaltskosten, Gerichtskosten und/oder die mit dem Inkassoverfahren verbundenen Inkassokosten zu entrichten.

(e) Ich bin damit einverstanden, dass Lee Health, im Einklang mit seinen legitimen geschäftlichen Bedürfnissen und geltendem Recht, Vorschriften und Richtlinien Einsicht in meine Kredithistorie nehmen kann und bin weiterhin einverstanden, dass das Krankenhaus mit oder ohne vorherige Benachrichtigung sein Recht, Eigentum und Interesse an allen jeweilig offenstehenden Kontenständen nach Entlassung des Patienten an Inkassofirmen oder Anwälte abtreten, übertragen und auflassen kann.

(f) Ich ermächtige Lee Health, alle erhaltenen und nicht versicherungsbezogenen Zahlungen, die den Betrag überschreiten, der zur Bezahlung der von Lee Health erstellten Rechnungen für diesen Krankenhausaufenthalt nötig ist, auf die Bezahlung anderer unbezahlter Rechnungen von Lee Health meinerseits oder seitens meiner nächsten Familienangehörigen anzurechnen.

(g) Ich ermächtige Lee Health, seine Dienstleister (einschließlich solche, die sich mit mir in Bezug auf finanzielle Unterstützung oder wegen Zahlungen und/oder Inkassoverfahren in Verbindung setzen), sowie seine Rechtsnachfolger, Abtretungsempfänger, verbundene Unternehmen, unabhängige Auftragnehmer oder Beauftragte, mich persönlich bei jeder mit meinem Krankenhauskonto verbundenen Telefonnummer, einschließlich meiner Handy-Nummer, mittels einer voraufgezeichneten oder künstlichen Sprachnachricht und/oder einem automatischen Telefonwählsystem anzurufen, gleich ob diese in der Vergangenheit, der Gegenwart oder der Zukunft zur Verfügung gestellt wurden, es sei denn, die Ermächtigung wird von mir schriftlich widerrufen. Sollte sich eine meiner Telefonnummern ändern während noch ein unbezahlter Kontostand meinerseits besteht, so verpflichte ich mich, Lee Health unverzüglich schriftlich zu informieren, dass mir die angegebene Telefonnummer nicht mehr gehört, und verpflichte mich, Lee Health, seine Dienstleister, Rechtsnachfolger, Abtretungsempfänger, verbundene Unternehmen, unabhängige Auftragnehmer oder Beauftragte für alle durch Anrufe bei der vormaligen Telefonnummer entstandenen Schäden, einschließlich Anwalts- und Gerichtskosten, zu entschädigen.

#### **5. VORZUGSRECHT AUF EINNAHMEN AUS DRITTPARTEIISCHER HAFTUNG.** Sollte meine Einlieferung oder Behandlung auf einen Unfall oder eine Verletzung zurückzuführen sein, so hat Lee Health ein Vorzugsrecht auf den Erlös aus jedem Klageanspruch, Rechtsstreit, Klage, Anspruch, Widerklage oder Forderung, die mir oder meinem bevollmächtigten Vertreter aufgrund eines solchen Unfalls oder Verletzung zufließt, um die Bezahlung aller Kosten für meinen Krankenhausaufenthalt und die mir erteilte medizinische Betreuung für, in Verbindung und im Zusammenhang mit dem Unfall oder der Verletzung ab dem ersten Behandlungstag zu decken. Ich verstehe und nehme zur Kenntnis, dass Lee Health sich auch ausdrücklich das Recht vorbehält, durch Eintragung eines Krankenhausvorzugsrechts die Bezahlung einiger oder sämtlicher Kosten sicherzustellen und/oder

sämtliche Drittparteien über sein Vorzugsrecht zu unterrichten, die Lee Health nach seinem alleinigen und unumschränkten Ermessen für angemessen hält. In diesem Fall kann Lee Health nach seinem alleinigen und unumschränkten Ermessen die Rückerstattung seiner Kosten infolge des Unfalls, der die von Lee Health erbrachte ärztliche Behandlung verursacht hat, aus sämtlichen Zahlungen von Drittparteien geltend machen. Ich verstehe und nehme zur Kenntnis, dass der von Lee Health von einer oder mehreren Drittquellen verlangte Betrag vermutlich die Summe überschreitet, die andernfalls durch drittparteiische Kostenträger zahlbar gewesen wäre, einschließlich, jedoch nicht beschränkt auf Krankenversicherungen, Gesundheitserhaltungsorganisationen (HMO), oder Gesundheitsfürsorgeprogramme. Ich erkläre mich bereit, Lee Health auf Wunsch die Identität der Person, die meine Verletzungen verursacht hat, den Namen der Versicherungsgesellschaft derselben, den Namen meines Rechtsanwalts, sowie alle anderen Informationen mitzuteilen, die Lee Health behilflich sein können, seine Rechte zu wahren, und/oder sämtliche Drittparteien, die Lee Health nach seinem alleinigen und unumschränkten Ermessen für angemessen hält, über das Vorzugsrecht zu informieren.

#### **6. FREISTELLUNG VON DER HAFTUNG FÜR WERTSACHEN.** Ich bestätige, dass mir die Gelegenheit geboten wurde, Geld und

Wertsachen bei Lee Health zur sicheren Aufbewahrung zu deponieren. Ich nehme zur Kenntnis, dass Lee Health für von mir zurückbehaltenes persönliches Eigentum (einschließlich u.a. Schmuck, Geld, Handys, Piepser, Schuhe oder Kleidungsstücke) keine Verantwortung übernimmt und entbinde hiermit Lee Health, seine Geschäftsführer, leitenden Angestellte und Mitarbeiter von jeder Verantwortung für den Verlust solchen Eigentums und übernehme persönlich alle Verluste, Kosten oder Unkosten, die mir infolge eines solchen Verlustes entstehen.

#### **7. PRAKTIKANTEN.** Lee Health unterstützt das Training und die Ausbildung von Pflegepersonal und Medizintechnikern und verschafft ihnen Gelegenheit, ihre Kenntnisse in der Praxis zu erweitern. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich von Praktikanten oder

### Dienstleistungsbedingungen - Seite 3 von 3

anderem medizinischen Personal in überwachten Ausbildungsprogrammen betreut werden kann. Ich kann jedoch meine Krankenschwester oder meinen Arzt davon unterrichten, dass ich nicht durch solche Personen betreut werden möchte.

**8. GENERISCHE MEDIKAMENTE.** Die bei Lee Health verwendeten Arzneimittel werden vom Apotheken- und Therapiekomitee des medizinischen Personals von Lee Health ausgewählt. Nach Möglichkeit werden statt „Markennamen“ generische Medikamente verabreicht. Aus Vereinfachungsgründen und zu besserem Verständnis, welche Medikamente mir gegeben werden, können sie mit ihrem Markennamen bezeichnet werden, obwohl ich in Wirklichkeit das generische Äquivalent erhalte.

**9. RECYCLING.** Unter strenger Einhaltung der Vorschriften der Food and Drug Administration der Vereinigten Staaten, lässt Lee Health manche wegwerfbare medizinische Bedarfsartikel bearbeiten und sterilisieren, um sie erneut zu gebrauchen. Dies ist eine sichere, umweltgerechte und kostensparende Maßnahme.

*\*Zu drittparteiischen Kostenträgern gehören u.a. Versicherungen von Medicare, Medicaid, Tri-care oder Regierungsprogramme; Kranken-, Unfall-, Kraftfahrzeug- oder andere Versicherungsarten; Arbeitnehmerentschädigung; Gesundheitserhaltungsorganisationen (HMO); selbstversicherte Arbeitgeber; sowie Geldgeber, die zur Bezahlung von Dienstleistungen beitragen könnten.*

Als unterzeichneter Patient (oder unterzeichnete Patientin), oder als Vormund, Ehepartner, Garant oder Beauftragter des Patienten/der Patientin, bestätige ich hiermit, dass ich (a) diese Dienstleistungsbedingungen gelesen habe und sie in vollem Umfang verstehe; (b) dass ich diese Dienstleistungsbedingungen freiwillig, wissentlich und ungebunden unterschrieben habe und die Bedingungen derselben als verbindlich anerkenne; (c) dass die obigen Dienstleistungsbedingungen meine Rechte und Verpflichtungen als Patient, oder als Vormund, Ehepartner, Garant oder Bevollmächtigter des Patienten in Bezug auf die Betreuung oder die Dienstleistungen regeln, die dem Patienten während der jetzigen oder zukünftigen Krankenhausaufnahme von Lee Health erteilt werden; (d) dass diese Dienstleistungsbedingungen die ganze Vereinbarung der Parteien darstellen und alle vorherigen mündlichen oder schriftlichen Absprachen oder Vereinbarungen der Parteien über die angesprochenen Themen ersetzen; und (e) dass mir von niemandem Versprechen, Zusicherungen oder Garantien über das mögliche Resultat der mir erteilten Behandlung oder Dienstleistungen gegeben wurden.

---

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN / DER PATIENTIN / ELTERNTEIL / VORMUND

DATUM

UHRZEIT

---

EHEPARTNER DES PATIENTEN / DER PATIENTIN / BEVOLLMÄCHTIGTER FÜR GESUNDHEITL. ANGELEGENHEITEN /  
ANDERER GESETZLICHER VERTRETER

DATUM

UHRZEIT

Patient is Unable to Sign and does not have a Representative

Patient Refused to Sign