

Behandlungsvertrag über Hebammenhilfe in der Wochenbettambulanz

zwischen \_\_\_\_\_

(Name und Anschrift der Frau)

und Wochenbettambulanz Hebammenpraxis am Markt Zwingenberg

### **Allgemeine Vertragsbedingungen**

Diese allgemeinen Vertragsbedingungen gelten für die vertraglichen Beziehungen der Hebammen der Wochenbettambulanz.

### **Regelung der Ambulanz**

Die Wochenbettambulanz gilt lediglich als Erstversorgung für Frauen, die keine Hebamme gefunden haben. Sie will und kann die aufsuchende Wochenbettbetreuung in keinem Fall ersetzen.

### **Inhalt**

Die Wochenbettambulanz bietet vor allem eine problembezogene Behandlung. Dadurch können ggf. nicht alle regulären Wochenbetttätigkeiten durchgeführt werden.

### **Terminverlegung**

Die Hebamme der Wochenbettambulanz kann berufsbedingt kurzfristig zu unplanmäßigen Einsätzen gerufen werden oder sie kann krankheitsbedingt ihren Dienst in der Ambulanz nicht wahrnehmen. In solchen Fällen wenden Sie sich an ihren Gynäkologen, Kinderarzt oder die nächstgelegene Klinik.

### **Haftung**

Die Hebammen haften jeweils für sich für Leistungen der Hebammenhilfe im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Für die Tätigkeit jeder Hebamme im Rahmen dieses Vertrages besteht eine Berufshaftpflichtversicherung mit einer angemessenen Deckungssumme. Sofern ein Arzt oder anderes medizinisches Fachpersonal hinzugezogen wird, entsteht zu diesen ein selbständiges Vertragsverhältnis. Die Hebammen haften nicht für die ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen.

Sollte die Behandlung Kenntnisse erfordern, die über die Hebammenbetreuung hinausgehen, verweist die Hebamme an die entsprechenden Personen/Berufsgruppen. Sollte der Empfehlung nicht Folge geleistet werden, trägt die Hebamme hierfür nicht die Verantwortung.

### **Abrechnung**

Die Leistungen, die auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V erfolgen, werden von der Hebamme mit der gesetzlichen Krankenkasse direkt abgerechnet. Für Anzahl oder Umfang der erstattungsfähigen Leistungen gelten Höchstgrenzen. Hiermit wird bestätigt, dass dieses Kontingent nicht bei anderen Hebammen ausgeschöpft wurde. Sollten Sie schon Leistung in Anspruch genommen haben, verpflichten Sie sich diese beim Erstbesuch der Wochenbettambulanz anzugeben.

Des Weiteren muss ein vereinbarter Termin rechtzeitig abgesagt werden, spätestens 24 Stunden vor dem Termin. Sollte das nicht geschehen, erhält die Leistungsempfängerin automatisch eine Privatrechnung für die Leistung in Höhe von 56,25 Euro, die in der Ambulanz in Anspruch genommen werden. (s. Privatrechnung)

### **Privatrechnungen**

Private Rechnungen werden nach der hessischen Privatgebührenverordnung gestellt an:

- Frauen, die privat versichert sind
- Frauen, deren Versicherungsdaten nicht korrekt sind
- Frauen, die nicht versichert sind
- Frauen, die ihren Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Stunden vorher absagen

Private Rechnungen der Hebamme an Selbstzahlerinnen sind innerhalb der vereinbarten Frist zu bezahlen, unabhängig von der Erstattungsdauer durch die Versicherung oder der Beihilfestelle (§286 Abs. 3 BGB)

Bei Zahlungsverzug wird neben den Verzugszinsen ab der 2. Mahnung eine Mahngebühr von 5,00 Euro berechnet.

### **Entbindung der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich die in der Wochenbettambulanz arbeitenden Hebammen von der Schweigepflicht untereinander.

Die Hebamme unterliegt auch gegenüber anderen an der Behandlung beteiligten Personen (z.B. Ärzten) der Schweigepflicht. Die medizinisch erforderlichen Daten wird die Hebamme jedoch mit diesen Personen austauschen, sofern die Patientin hiermit einverstanden ist oder eine Notsituation dies rechtfertigt, insbesondere wenn die Patientin nicht ansprechbar oder weitere Hilfe dringlich ist.

### **Datenschutzerklärung**

#### **Art und Zweck der verarbeiteten Daten**

Im Rahmen der Hebammentätigkeit werden personenbezogene Daten der Patientin wie auch der Kinder von der Hebamme als verantwortliche Stelle erhoben, verarbeitet und genutzt. Neben Angaben zu Person und sozialem Status (Name, Adresse, Kostenträger, usw.) gehören hierzu insbesondere die für die Behandlung notwendigen medizinischen Befunde. Ein Umgang mit diesen Daten erfolgt lediglich, soweit dies für die Erbringung, Abrechnung, Dokumentation und Archivierung gemäß der Hebammenberufsunordnung oder Sicherung der Qualität der Hilfeleistung der Hebamme erforderlich ist. Die Hebamme erfüllt die Voraussetzungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten entsprechend des Art 9 Abs. 3 DSGVO.

#### **Weitergabe der Daten**

Ihre Daten werden zunächst so lange gespeichert, bis die Betreuung abgeschlossen und abgerechnet ist. Nach der Rechnungsstellung entstehen gesetzliche Aufbewahrungspflichten aus dem Steuerrecht (§14b UStG). Danach müssen entsprechende Nachweise zehn Jahre aufbewahrt werden. Die Aufbewahrungspflicht beginnt mit dem Schluss des Kalenderjahres.

Nach §630f Abs.3 BGB besteht eine Aufbewahrungspflicht für die Dokumentation der Hebammenversorgung von zehn Jahre. Gleiches ergibt sich regelmäßig auch aus der gültigen Hebammenberufsunordnung, sofern dort nicht längere Fristen vorgesehen sind. Im Hinblick auf §199 Abs. 2 BGB ist die Hebamme berechtigt, die Dokumentation bis zu 30 Jahre aufzubewahren.

#### **Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung und Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung**

Sofern die jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, besteht auf Ihrer Seite ein Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkungen der Verarbeitung Ihrer Daten (Art.18 DSGVO). Darüber hinaus haben sie ggf. ein Widerspruchsrecht gegen diese Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

## **Beschwerderecht und Aufsichtsbehörde**

Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO die Möglichkeit, Beschwerde bei der zuständigen Landesdatenschutzbehörde zu erheben. In diesem Falle ist dies die zuständige Aufsichtsbehörde:

Der hessische Datenschutzbeauftragte  
Gustav-Stresemann-Ring 1  
65189 Wiesbaden  
Telefon: 06 11/140 80  
Telefax: 06 11/14 08-900

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit dem Inhalt dieses Behandlungsvertrages einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift