

## Wiederaufnahmezusage – Station für Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Erkrankung

Das Fliedner Krankenhaus Ratingen beabsichtigt,

Herrn/ Frau/ Div. \_\_\_\_\_ (Patient/in), geb. am \_\_\_\_\_,

eine stationäre Krankenhausbehandlung zu ermöglichen. Die Behandlung soll sich dabei auf das medizinisch Notwendige und von der Krankenkasse Gedeckte erstrecken.

In diesem Zusammenhang verpflichten sich der/die zuständige gesetzliche Betreuer/in

Herr/Frau/Div. \_\_\_\_\_ und die/der (Name und Träger) \_\_\_\_\_ als Träger der  
\_\_\_\_\_ ,

gemeinsam dafür Sorge zu tragen, dass der Patient am Entlasstag aus dem Krankenhaus wieder einer Unterkunft zugeführt wird. Etwaige Hinderungsgründe sind dem Fliedner Krankenhaus Ratingen unverzüglich mitzuteilen.

Darüber hinaus erklärt der gesetzliche Betreuer Folgendes:

Sofern ich entsprechende Aufgabenbereiche vertrete, bin ich grundsätzlich für eine gesicherte Unterkunft im Anschluss an den stationären Aufenthalt im Fliedner Krankenhaus Ratingen verantwortlich. Mir ist bewusst, dass dem Betreuten unter Umständen eine nicht von der Krankenkasse gedeckte Rechnung gestellt wird, falls der stationäre Aufenthalt aufgrund einer nicht gesicherten Unterkunft über das medizinisch Notwendige und von der Krankenkasse Gedeckte hinausgeht. Die Begleichung der Rechnung wird durch mich veranlasst.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Ort, Datum, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Betreuer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Träger