



# Heiligenfeld

## Informationen und Aufnahmeunterlagen

zur Aufnahme von  
gesetzlich versicherten Patienten in die  
**Fachklinik Heiligenfeld, Rosengarten Klinik Heiligenfeld**  
oder die **Heiligenfeld Klinik Uffenheim**

**Zentrales Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Kliniken**

Altenbergweg 6  
97688 Bad Kissingen

Telefon: 0971 84-0  
Telefax: 0971 84-4195  
E-Mail: [info@heiligenfeld.de](mailto:info@heiligenfeld.de)



# Heiligenfeld

Heiligenfeld GmbH | Altenbergweg 6 | 97688 Bad Kissingen

**HEILIGENFELD GMBH**  
**Zentrales Aufnahmemanagement**

Altenbergweg 6  
97688 Bad Kissingen

T 0971 84-0  
F 0971 84-4195  
info@heiligenfeld.de  
www.heiligenfeld.de

Guten Tag,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Aufnahme in den Heiligenfeld Kliniken interessieren!

Das Zentrale Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Kliniken Bad Kissingen und Uffenheim steht von jetzt an mit Rat und Tat bis zu Ihrer Aufnahme zur Seite. Sie erreichen uns **Montag bis Donnerstag von 07:30 Uhr bis 18:00 Uhr** und **freitags von 07:30 Uhr bis 15:00 Uhr** unter der Telefonnummer **0971 84-0**.

Diesem Schreiben haben wir unsere Broschüren und wichtige Informationen über Ihren Aufnahmeweg in unser Haus beigelegt.

Vor Behandlungsbeginn benötigen wir folgende Unterlagen:

- den **persönlichen Fragebogen** der Heiligenfeld Kliniken (in den Aufnahmeunterlagen enthalten),
- **Entlassberichte** früherer stationärer psychosomatischer/psychiatrischer Klinikaufenthalte der letzten 5 Jahre,
- bei einer **Krankenhaus-Behandlung**: den **Fragebogen - ärztliche Angaben** (in den Aufnahmeunterlagen enthalten; bitte lassen Sie diesen von Ihrem einweisenden Arzt ausfüllen und uns zukommen) sowie die **Krankenhaus-Einweisung**,
- bei einer **Rehabilitationsmaßnahme**: den **ärztlichen Rehabilitationsantrag** sowie die **Kostenzusage** für die stationäre **Rehabilitationsmaßnahme** von Ihrer Krankenkasse/Ihrem Rentenversicherungsträger.

Patienten aus dem **Ausland** beantragen die Kostenübernahme bitte bei der zuständigen Krankenkasse mit einem ausführlichen Befundbericht und einer ärztlichen Begründung, um die **Genehmigung** über das sog. **S2-Verfahren** zu erhalten.

**Wichtig:** Bitte senden Sie uns Ihre Unterlagen **nur in Kopie** (im Original benötigen wir nur die Krankenhaus-Einweisung bei Anreise, falls Sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung aufgenommen werden). Aus Datenschutzgründen senden wir **keinerlei** Unterlagen zurück.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis, dass **Wunschtermine nicht berücksichtigt** werden können.

Nach Eingang aller Unterlagen (einschließlich der Kostenzusage bzw. Krankenhaus-Einweisung) werden Ihre Unterlagen von unseren Aufnahmepsychologen geprüft. Diese entscheiden, ob und ggf. in welcher Klinik eine Behandlung möglich ist.

Im Folgenden erhalten Sie einen kurzen Überblick, welche Möglichkeiten die Heiligenfeld Kliniken für die Aufnahme gesetzlich versicherter Patienten bieten. Ausführliche Beschreibungen finden Sie in den beiliegenden Hausprospekten.

—  
**GESCHÄFTSFÜHRUNG**

Stephan Greb  
Michael Lang  
Birgit Winzek

—  
**SITZ DER GESELLSCHAFT**

Bad Kissingen  
Registergericht  
Schweinfurt HRB 2271

—  
**GERICHTSSTAND**

Amtsgericht Bad Kissingen  
Landgericht Schweinfurt

**Fachklinik Heiligenfeld Bad Kissingen:**

Die Fachklinik Heiligenfeld ist ein Krankenhaus für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und führt stationäre **Krankenhausbehandlungen** nach §39 SGB V durch. Hier wird das gesamte Spektrum psychischer und psychosomatischer Erkrankungen behandelt. Es bestehen spezielle Behandlungsgruppen für Frauen, Menschen in spirituellen und religiösen Krisen sowie nach Psychosen und Borderline-Zuständen.

**Hinweis für die Fachklinik Heiligenfeld:** Bitte beachten Sie, dass Sie als Patient in Bad Kissingen **kurtaxpflichtig** sind (max. 42 Tage im Kalenderjahr). Die aktuelle Höhe der **Kurtaxe** können Sie gerne direkt beim Aufnahmemanagement erfragen.

**Heiligenfeld Klinik Uffenheim:**

Die Heiligenfeld Klinik Uffenheim ist ein Krankenhaus für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie. Hier wird das gesamte Spektrum psychischer und psychosomatischer Erkrankungen behandelt. Es bestehen spezielle Behandlungsgruppen für traumatisierte Menschen sowie nach Psychosen und Borderline-Zuständen.

**Rosengarten Klinik Heiligenfeld Bad Kissingen:**

Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen im weiteren Sinne, also Angststörungen, Depressionen, Essstörungen, posttraumatischen Störungen usw. sowie auch Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen wie schweren Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen können über Antragstellung einer stationären **Rehabilitation** nach §40 SGB V aller Kostenträger aufgenommen werden. Es bestehen außerdem spezielle Behandlungsgruppen und Konzepte für Menschen aus dem sozialtherapeutischen Bereich, Ältere Patienten, Essstörungen (Adipositas) und Studenten.

**Heiligenfeld Klinik Waldmünchen:**

Die Heiligenfeld Klinik Waldmünchen bietet ein modernes, integriertes und ganzheitliches Konzept bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Rahmen einer stationären **Krankenhausbehandlung** nach §39 SGB V an. Neben Erwachsenen werden auch Kinder, Jugendliche, Väter oder Mütter mit Kindern und ganze Familien behandelt.

Im Rahmen des sog. **Kostenerstattungsprinzips** (§13 SGB V) können Sie ggf. über einige Kostenträger auch in unseren Privatkliniken (Parkklinik Heiligenfeld Bad Kissingen, Heiligenfeld Klinik Berlin) aufgenommen werden. In den meisten Fällen verbleibt ein Eigenanteil in unterschiedlicher Höhe für den Versicherten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an das Aufnahmemanagement.

Kontaktieren Sie uns gerne bei weiteren Fragen unter der Telefonnummer **0971 84-0**.

**Wir freuen uns auf Sie!**

Herzliche Grüße

Ihr Team des Zentralen Aufnahmemanagements

# Patienteninformationen

zur Erhebung personenbezogener Daten

## Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unserer Einrichtungen als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt.

## Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, genutzt, übermittelt usw. Insgesamt spricht man von der "Verarbeitung" Ihrer Daten. Dieser Begriff der "Verarbeitung" bildet den Oberbegriff über alle diese Tätigkeiten. Die Verarbeitung von Patientendaten in unseren Einrichtungen ist aus Datenschutzgründen nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Patient hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre patientenbezogene Versorgung/Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Ebenso erfolgen Verarbeitungen – im Sinne einer bestmöglichen Versorgung – im Hinblick auf interdisziplinäre Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung bzgl. Diagnostik, Therapie, Befunden sowie Krankheits-/Vitalstatus. Daneben werden Arztbriefe/Berichte geschrieben und es erfolgen Verarbeitungen aus Qualitätssicherungsgründen, zum Erkennen und Bekämpfen von Krankenhausinfektionen sowie zur seelsorgerischen und sozialen Betreuung und zum Entlassmanagement.

Neben diesen patientenbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, aus Gründen des Controllings/der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen usw. Ferner erfolgen von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens, zur Forschung oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z. B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, an Krebsregister) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen, usw.

## Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich – sofern möglich – bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Krankenhäusern, die etwa Ihre Erst-/Vor-Behandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog. MVZ), usw. Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unseren Einrichtungen im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

## Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an der Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten, wozu etwa auch Ärzte anderer Abteilungen zählen, die an einer fachübergreifenden Behandlung teilnehmen oder die Verwaltung, die die Abrechnung Ihrer Behandlung vornimmt.

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht. Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

## Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Krankenhausträger

Die Grundlage dafür, dass der Krankenhausträger Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass der Krankenhausträger für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die dem Krankenhausträger eine Verarbeitung der Daten erlauben. Genannt sei hier insbesondere die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), z. B. Art. 6, 9 DS-GVO, die auch in Deutschland gilt und ausdrücklich regelt, dass Daten von Patienten verarbeitet werden dürfen. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z. B. § 301 SGB V, im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), insbesondere § 22 BDSG (n.F.) und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

- Datenverarbeitungen zum Zwecke der Durchführung sowie Dokumentation des Behandlungsgeschehens einschließlich des innerärztlichen und innerprofessionellen Austauschs im Krankenhaus über den Patienten für die Behandlung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. §§ 630a ff, 630f BGB i. V. m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen, sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an "Externe" im Sinne einer gemeinsamen Behandlung (im Team), Zuziehung externer Konsiliarärzte, z. B. Labor, Telemedizin, sowie Zuziehung externer Therapeuten (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen, sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 301 SGB V),
- Datenübermittlung zu Zwecken der Qualitätssicherung (Art. 9 Abs. 2i DS-GVO i. V. m. § 299 SGB V i. V. m. § 136 SGB V bzw. den Richtlinien des G-BA), usw.

Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

## Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien

Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Behandlung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalien. Davon ausgenommen sind ausschließlich die Fälle der vertraulichen Geburt.

## Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- gesetzliche Krankenkassen, sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen, sofern Sie privat versichert sind,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte,
- weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeeinrichtungen,
- sog. externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter) sowie
- Seelsorger (in kirchlichen Einrichtungen), usw.

---

## Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

Sofern Daten übermittelt werden, hängt es im Einzelfall vom jeweiligen Empfänger ab, welche Daten dies sind. Bei einer Übermittlung entsprechend § 301 SGB V an Ihre Krankenkasse handelt es sich zum Beispiel um folgende Daten:

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversichertennummer,
5. Versichertenstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
7. Datum und Art der jeweils in der Einrichtung durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Behandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die in der jeweiligen Einrichtung durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

---

## Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

---

## Widerruf erteilter Einwilligungen

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie dem Krankenhausträger gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie – schriftlich/per Mail/Fax – an den Krankenhausträger richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

---

## Wahrnehmung berechtigter Interessen des Krankenhausträgers

Sofern der Krankenhausträger zur Durchsetzung seiner Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihre Krankenkasse gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die vom Krankenhausträger gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss der Krankenhausträger (zu Zwecken der Rechtsverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

---

## Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Der Krankenhausträger ist gem. § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kann der Krankenhausträger in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nachkommen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung für lange Zeit von der Einrichtung verwahrt. Auch dazu ist der Krankenhausträger gesetzlich verpflichtet.

Mit der Frage, wie lange die Dokumente im Einzelnen in der Einrichtung aufzubewahren sind, beschäftigen sich viele spezielle gesetzliche Regelungen. Zu nennen sind hier etwa die Röntgenverordnung (RöV), die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), die

Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO), das Transfusionsgesetz (TFG) und viele mehr. Diese gesetzlichen Regelungen schreiben unterschiedliche Aufbewahrungsfristen vor.

Daneben ist zu beachten, dass Krankenhäuser Patientenakten auch aus Gründen der Beweissicherung bis zu 30 Jahre lang aufbewahren. Dies folgt daraus, dass Schadensersatzansprüche, die Patienten gegenüber der Einrichtung geltend machen, gemäß § 199 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) spätestens in 30 Jahren verjähren. Ein Haftungsprozess könnte also erst Jahrzehnte nach Beendigung der Behandlung gegen den Krankenhausträger anhängig gemacht werden. Würde die Einrichtung mit der Schadensersatzforderung eines Patienten wegen eines behaupteten Behandlungsfehlers konfrontiert und wären die entsprechenden Krankenunterlagen inzwischen vernichtet, könnte dies zu erheblichen prozessualen Nachteilen für die Einrichtung führen.

Aus diesem Grunde wird Ihre Patientenakte bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

---

## Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d. h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen. Sie ergeben sich aus der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), die auch in Deutschland gilt:

- **Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO**  
Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.
- **Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO**  
Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.
- **Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO**  
Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO**  
Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.
- **Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO**  
Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen.

---

## Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 EU Datenschutz-Grundverordnung. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen.

---

## Datenschutzbeauftragter des Krankenhauses

Der Krankenhausträger hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Seine Kontaktdaten lauten wie folgt:

Herr Christian Volkmer	Tel.:	0941 2986930
Projekt 29 GmbH & Co. KG	Fax:	0941 29869316
Ostengasse 14	E-Mail:	anfragen@projekt29.de
93047 Regensburg	Internet:	www.projekt29.de

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



## Fragebogen

zur Vorbereitung Ihres stationären psychosomatischen Aufenthaltes  
(Stationäre Krankenhausbehandlung/stationäre Rehabilitation)

### 1. Angaben zur Person

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Name, Vorname: ..... Geb.Datum: .....

Straße, PLZ, Ort: .....

Telefon tagsüber: ..... Telefon mobil: .....

E-Mail: .....

### 2. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> (ehemaliger) Mitarbeiter           | <input type="checkbox"/> Internet (Suchmaschine/Anzeige) | <input type="checkbox"/> Prospekt              |
| <input type="checkbox"/> (ehemaliger) Patient               | <input type="checkbox"/> behandelnder Arzt/Therapeut     | <input type="checkbox"/> Anzeige               |
| <input type="checkbox"/> Familie, Freunde, Bekannte         | <input type="checkbox"/> Empfehlung Krankenversicherung  | <input type="checkbox"/> Veranstaltung/Vortrag |
| <input type="checkbox"/> Heiligenfelder Gesundheitsreferent |  |  |

### 3. Angaben zu Versicherungsstatus und gewünschter Behandlungsmaßnahme

Für welche **Behandlungsmaßnahme** möchten Sie sich anmelden?

- stationäre **Krankenhausbehandlung**  stationäre **Rehabilitationsmaßnahme**

Im Falle einer angestrebten **Rehabilitationsmaßnahme**: Wurde das Antragsverfahren zur Kostenübernahme bei Ihrem Kostenträger bereits eingeleitet oder schon bewilligt?

- NEIN**, Antragsverfahren wird erst noch eingeleitet
- JA**, Antragsverfahren beim Kostenträger läuft bereits
- JA**, Antrag wurde bereits bewilligt.

Name der Krankenkasse/Rentenversicherung: .....

Versicherungsnummer (KK oder RV): .....

### 4. Stand-by-Option

Wenn Patienten unser Haus vorzeitig verlassen oder **kurzfristig** den Aufenthalt absagen, können wir Wartende über die sog. Stand-by-Liste berücksichtigen. Voraussetzung dafür ist, dass es Ihnen möglich ist, **sehr kurzfristig**, d. h. auch innerhalb **weniger Tage** anzureisen.

**Wichtig zu wissen:** Wenn wir Ihnen einen Stand-by-Termin anbieten, erwarten wir, dass Sie ihn auch **annehmen**. Kreuzen Sie daher diese Option nur an, wenn Ihnen **eine kurzfristige Anreise organisatorisch möglich** ist. Die Stand-by-Option greift erst mit positiver Prüfung Ihrer Aufnahmeunterlagen.

Eine kurzfristige Anreise ist mir möglich:  JA  NEIN

**5. Bitte geben Sie Ihren einweisenden Arzt und aktuellen Therapeuten (falls unterschiedlich) an:**

**einweisender Arzt:**

Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax: \_\_\_\_\_

**ambulant behandelnder Therapeut:**

Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax: \_\_\_\_\_

**6. Angaben zur aktuellen Lebenssituation**

a) *Familienstand*

ledig                       mit Partner/in                       verheiratet                       in Lebensgemeinschaft  
 getrennt lebend                       geschieden                       verwitwet                       wieder verheiratet

b) *Wohnsituation*

alleinlebend                       mit Partner/in                       mit der Familie zusammen  
 bei den Eltern                       mit Kind/ern                       Wohngemeinschaft

c) *Kinder*

NEIN       **JA** (Anzahl und Alter): \_\_\_\_\_

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?     NEIN       **JA**, in der \_\_\_\_\_ SSW

d) *Berufliche Situation*

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

derzeit ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsverhältnis:     angestellt     Beamter     selbstständig     Ausbildung/Studium  
 Schüler     Freiberufler     ohne Arbeit     im Ruhestand

Branche/Institution/Schulart/Behörde: \_\_\_\_\_

Führungskraft/Leitungsfunktion:                       JA                       NEIN

Besteht derzeit eine Arbeits-/Studier-/Schulunfähigkeit?     **JA**, seit \_\_\_\_\_                       NEIN

Sind Sie motiviert, (wieder) zu arbeiten?                       JA                       NEIN

**7. Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt?**

**ambulant:**     NEIN     JA – Befinden Sie sich **aktuell** in ambulanter Behandlung?     NEIN     JA

**stationär:**     NEIN     **JA** – Anzahl der stationären Aufenthalte in den letzten 5 Jahren: \_\_\_\_\_



**Hinweis:** Im Falle **stationärer** psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlungen senden Sie uns bitte mit Ihren Aufnahmeunterlagen die jeweiligen **Entlassungsberichte der letzten 5 Jahre**.

## 8. Vorerkrankung, körperliche Einschränkungen, Behinderung, Pflege-/Hilfsmittel

a) Gibt es wichtige körperliche (Vor-)Erkrankungen, Einschränkungen/Beeinträchtigungen oder Behinderungen?

NEIN  **JA, und zwar:**

b) Sind Sie auf spezielle Pflege oder Hilfsmittel angewiesen (z. B. Schlafapnoe-Gerät, Katheter, Rollator, Rollstuhl, Gehhilfen/Krücken o. ä.)?

NEIN  **JA, auf** .....

c) Pflegegrad, Pflegedienst, Hilfsdienste

Einstufung in einen Pflegegrad?

NEIN

**JA**, in Pflegegrad .....

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?

NEIN

**JA**, ..... Std./Woche

Kommen Sie im Alltag vollständig alleine zurecht?

NEIN

JA

d) Haben Sie Allergien?

NEIN

JA

Falls **JA**, welche Allergien liegen vor und welche Medikamente nehmen Sie ggf. ein?

## 9. Nehmen Sie aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein?

NEIN

JA: Name des Medikaments:

Dosierung:

## 10. Essverhalten

a) Gibt es Auffälligkeiten in Ihrem Essverhalten?

NEIN

JA:  Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln

Diäten

Erbrechen (**Zusatz:**  häufiger als 1x täglich)

Hungerphasen

Unregelmäßigkeit der Mahlzeiten

Essanfälle

b) Körpergröße und Gewicht: ..... **cm** ..... **kg**

Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?  JA  **NEIN, Wohlfühl-Gewicht:** ..... kg



c) Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien gegen Lebensmittel?

NEIN

JA, gegen .....

Ist diesbezüglich eine besondere Zubereitung der Speisen erforderlich?

NEIN

JA



Falls eine besondere Zubereitung der Speisen **erforderlich** ist, senden Sie bitte zusammen mit Ihren Aufnahmeunterlagen ein entsprechendes **ärztliches Attest** ein. Wir werden zusammen mit unseren Diätassistentinnen prüfen, inwieweit wir Ihnen während des Aufenthaltes eine besondere Zubereitung anbieten können.

## 11. Umgang mit Suchtmitteln

a) Trinken Sie Alkohol?  nie  gelegentlich  wöchentlich  täglich

Wenn **wöchentlich oder täglich**: wie viel und was? .....

b) Nehmen Sie Drogen?  nie  gelegentlich  wöchentlich  täglich

Bei **Einnahme** von Drogen: was, wie häufig und wann zuletzt? .....



Für die Zeit der stationären Therapie vereinbaren wir mit Ihnen eine **Alkoholpause** und es besteht **Drogenverbot**, auch wenn Sie keine Suchterkrankung haben.

**Können Sie sich darauf einlassen?**

NEIN

JA

## 12. Verletzen Sie sich selbst?

NEIN

JA: in welcher Art? .....

wie oft? .....

wann zuletzt? .....

## 13. Haben Sie Zwänge?

NEIN

JA: in welcher Art? .....

wie oft? .....

Wieviel Zeit wird hierdurch pro Tag beansprucht? .....

## 14. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

NEIN

JA: wie oft? .....

wann zuletzt? .....

Halten Sie sich aktuell für suizidgefährdet?

NEIN

JA

### 15. Bitte lesen Sie zuerst alle Aussagen durch und kreuzen Sie danach an, was auf Sie zutrifft:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unangenehme (& unsinnige) Gedanken                            | <input type="checkbox"/> vermindertes Selbstwertgefühl                  |
| <input type="checkbox"/> unangenehme (& unsinnige) Handlungen                          | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle                                  |
| <input type="checkbox"/> dauernder Hunger  | <input type="checkbox"/> Verlust an Interessen und Angenehmem           |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht   | <input type="checkbox"/> verminderte Aktivität                          |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust  | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen                             |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung dickmachender Speisen                              | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen                           |
| <input type="checkbox"/> Gefühl zu dick zu sein, trotz besseren Wissens                | <input type="checkbox"/> Alpträume                                      |
| <input type="checkbox"/> Hungern   | <input type="checkbox"/> früheres Erwachen als gewöhnt (2 h & mehr)     |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust   | <input type="checkbox"/> am Schlimmsten ist es morgens                  |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht  | <input type="checkbox"/> anhaltende grundlose Erschöpfung & Müdigkeit   |
| <input type="checkbox"/> ausbleibende Regelblutung                                     | <input type="checkbox"/> übermäßige Schlafneigung während des Tages     |
| <input type="checkbox"/> Essanfälle mit großen Nahrungsmengen                          | <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug                               |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen etc., um Nahrung loszuwerden                        | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                                     |
| <input type="checkbox"/> Scham   | <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit                             |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme   | <input type="checkbox"/> Verzweiflung                                   |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Alltagsbewältigung                                  | <input type="checkbox"/> häufige Suizidgedanken                         |
| <input type="checkbox"/> starke Bedrohung erlebt                                       | <input type="checkbox"/> Furcht vor Menschenmengen                      |
| <input type="checkbox"/> plötzliches Wiedererleben der Bedrohung                       | <input type="checkbox"/> Furcht, den sicheren Ort zu verlassen          |
| <input type="checkbox"/> Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein                      | <input type="checkbox"/> Furcht vor Aufmerksamkeit                      |
| <input type="checkbox"/> eigene Gefühle fühlen sich fremd an                           | <input type="checkbox"/> Furcht, peinlich zu sein                       |
| <input type="checkbox"/> Gefühl, Umgebung ist unwirklich                               | <input type="checkbox"/> Furcht nur vor etwas Speziellem                |
| <input type="checkbox"/> Umwelt wirkt fremd und uninteressant                          | <input type="checkbox"/> plötzliche Panikattacken                       |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle (i. Sinne von Umkippen)                      | <input type="checkbox"/> ständige Befürchtungen im Alltag               |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Wutausbrüchen                                      | <input type="checkbox"/> übertriebenes Vermeidungsverhalten             |
| <input type="checkbox"/> plötzliches Handeln ohne Nachzudenken                         | <input type="checkbox"/> nicht feststellbares körperliches Leiden       |
| <input type="checkbox"/> Unsicherheit bezüglich eigenem Selbstbild                     | <input type="checkbox"/> ständige starke nicht feststellbare Schmerzen  |
| <input type="checkbox"/> Verunsicherung in der weiblichen Identität und Körperlichkeit | <input type="checkbox"/> Misstrauen gegenüber beruhigenden Ärzten       |
| <input type="checkbox"/> intensive aber nur kurze Beziehungen                          | <input type="checkbox"/> ständige Sorge um körperliche Symptome         |
| <input type="checkbox"/> chronisches Gefühl einer inneren Leere                        | <input type="checkbox"/> anhaltende Ohrgeräusche                        |
| <input type="checkbox"/> andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt                     | <input type="checkbox"/> Schwindel                                      |
| <input type="checkbox"/> andauerndes Bedrohungsgefühl                                  | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden                                |
| <input type="checkbox"/> Übertreibung eigener Leistungen und Talente                   | <input type="checkbox"/> Herzklopfen und Herzrasen                      |
| <input type="checkbox"/> häufiger Neid auf andere                                      | <input type="checkbox"/> Speiseröhrenbeschwerden                        |
| <input type="checkbox"/> Kritik & Verachtung für Autoritätspersonen                    | <input type="checkbox"/> Übelkeit                                       |
| <input type="checkbox"/> schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben                   | <input type="checkbox"/> häufiger Durchfall                             |
| <input type="checkbox"/> Unbeteiligtsein bei Gefühlen anderer                          | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen                    |
| <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten                 | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl oder Kribbelgefühl             |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Aggressionen & Gewalt                              | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche                               |
| <input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholkonsum o. Drogenkonsum                     | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden                       |
| <input type="checkbox"/> gesteigerte Aktivität   | <input type="checkbox"/> stark schwankende Gefühle                      |
| <input type="checkbox"/> vermindertes Schlafbedürfnis                                  | <input type="checkbox"/> starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein   |
| <input type="checkbox"/> riskantes Verhalten   | <input type="checkbox"/> Neigung zu starkem Zweifel                     |
| <input type="checkbox"/> starke Überzeugung, die nicht geteilt wird                    | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung durch eigen. Perfektionismus  |
| <input type="checkbox"/> Gedanken werden gemacht oder hörbar                           | <input type="checkbox"/> Sorge, im Sozialen kritisiert zu werden        |
| <input type="checkbox"/> Hören von Stimmen   | <input type="checkbox"/> Unterordnung und Nachgiebigkeit                |
| <input type="checkbox"/> Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten                        | <input type="checkbox"/> Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können |
| <input type="checkbox"/> Drang zum Diebstahl ohne materielle Not                       | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken  |
| <input type="checkbox"/> Drang zur Brandstiftung                                       | <input type="checkbox"/> Einzelgängertum                                |
| <input type="checkbox"/> Konflikt mit dem Gesetz                                       |   |

---

**16. Spielen Religion oder Spiritualität bei Ihnen eine große/bedeutende Rolle?**

NEIN       JA

---

**17. Bitte beschreiben Sie kurz Ihre wichtigsten Probleme, aufgrund derer Sie einen Klinikaufenthalt wünschen (psychisch/körperlich):**

---

---

---

---

---

**18. Worin sehen Sie die Ursache Ihrer Probleme? Beschreiben Sie diese bitte in Stichworten:**

---

---

---

---

---

**19. Welches sind Ihre wichtigsten Ziele für den stationären Aufenthalt? Beschreiben Sie diese kurz und konkret.**

---

---

---

---

---

**20. Was schätzen und/oder mögen Sie an sich?**

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank für die Beantwortung unseres Fragebogens!**

Name, Vorname: .....

Geb.Datum: .....

(Bitte wiederholen Sie für die korrekte Zuordnung an dieser Stelle Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum)

## UNTERSCHRIFTEN

### DATENSCHUTZ

**Mit der Bearbeitung meiner Aufnahmeunterlagen und der damit verbundenen notwendigen Datenverarbeitung durch das Zentrale Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Kliniken erkläre ich mich einverstanden.** Detaillierte Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in der beiliegenden "Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten".

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die beiliegende Datenschutzerklärung gelesen haben und in die Verarbeitung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten einwilligen.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum: .....

Unterschrift: .....

### VORAUFGENTHALTE IN DEN HEILIGENFELD KLINIKEN

Wurden Sie bereits in einer Heiligenfeld Klinik stationär behandelt?

NEIN

JA

**Gerne fordern wir für Sie vorhandene Heiligenfelder Entlassberichte an.**

#### Stationärer Aufenthalt in der

Parkklinik Heiligenfeld Bad Kissingen

Heiligenfeld Klinik Berlin

Fachklinik Heiligenfeld Bad Kissingen

Heiligenfeld Klinik Uffenheim

Rosengarten Klinik Heiligenfeld Bad Kissingen

Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

### Schweigepflichtentbindung zur Anforderung von Entlassberichten aus den Heiligenfeld Kliniken:

Ich entbinde hiermit oben angekreuzte Klinik(en) von der Schweigepflicht, soweit dies für die vorstationäre medizinische Prüfung meiner Aufnahme und meine Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Entlassberichte und ähnliche Unterlagen, welche die oben angekreuzte(n) Klinik(en) über mich besitzen, zur Sachaufklärung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen dem Zentralen Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Schweigepflichtentbindung freiwillig abgegeben wird und jederzeit widerrufen werden kann.

Datum: .....

Unterschrift: .....

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG GEGENÜBER PERSONEN

**JA**, siehe unten       **NEIN**, ich erteile **keine** Schweigepflichtentbindung

**Wenn JA:** Ich entbinde hiermit die Mitarbeiter\*innen der Heiligenfeld GmbH für alle aufnahmerelevanten Fragen von der Schweigepflicht gegenüber den unten angegebenen Personen. Ich bin damit einverstanden, dass mit den unten angegebenen Personen über die Tatsache des angestrebten Aufenthalts, über fehlende/noch benötigte Aufnahmeunterlagen, Wartezeiten, die Nicht-Aufnahme etc. gesprochen werden darf. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht freiwillig abgegeben wird und jederzeit von mir widerrufen werden kann. **(Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen)**

Die Schweigepflichtentbindung ist nur gültig, wenn Name und Adresse der bevollmächtigten Personen vollständig angegeben sind.

Datum: .....      Unterschrift: .....

Personen	NAME(N), Straße, PLZ, Ort, Telefon
<b>Ehe-/Lebenspartner</b>	
<b>Einweisende(r) Ärztin/Arzt</b>	
<b>Therapeut*in</b>	
<b>Sonstige (Eltern, Kinder, gesetzl. Betreuer, etc.)</b>	
<b>Sonstige (Eltern, Kinder, gesetzl. Betreuer, etc.)</b>	

# Fragebogen – ärztliche/therapeutische Angaben



Heiligenfeld

Liebe Behandlerin, lieber Behandler,

um eine möglichst genaue Prüfung im Vorfeld der Aufnahme durchführen zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe anhand dieses Fragebogens. Bitte füllen Sie diesen **vollständig** und wahrheitsgemäß aus. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie – sofern Sie dies wünschen – entweder Ihrem Patienten zur Einreichung bei uns mitgeben oder uns direkt per Post, E-Mail oder Fax schicken. Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung bei der Aufnahme Ihres Patienten.

## Angaben zum Behandler (Name und Adresse, ggf. Praxisstempel):

---

---

Ihre **Telefonnummer** für Rückfragen: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Diagnose:

Bitte geben Sie uns die von Ihnen festgestellte(n) Diagnose(n) und ggf. Zusatzdiagnosen nach **ICD-10-Standard** an:

### Beispiel:

F32.1 mittelgradige depressive Episode

---

---

---

---

- Verschlechterung     Dekompensation     akute Krise     Chronifizierungsgefahr

Ist Ihr Patient aktuell **akut suizidal**?

NEIN     JA

Ist Ihr Patient aktuell **psychotisch**?

NEIN     JA

Besteht eine **demenzielle** oder **hirnorganische** Erkrankung?

NEIN     JA

## Ambulante Maßnahmen:

Ist Ihr Patient ambulant in psychotherapeutischer Behandlung?  NEIN  JA

Sind für die Behandlung Ihres Patienten die Dichte und multimethodalen Möglichkeiten des stationären Settings im Krankenhaus notwendig?  NEIN  JA

---

## Medikamente:

Nimmt Ihr Patient aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein?  NEIN  JA

Falls ja, welche, in welcher Dosis und seit wann?

<i>Name des Medikaments:</i>	<i>Dosis:</i>	<i>Seit wann?</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

## Angaben zur Therapiefähigkeit in den Heiligenfeld Kliniken:

Ist Ihr Patient in einem psychosomatischen Setting **gruppentherapiefähig**?  NEIN  JA

Kann sich Ihr Patient **selbstständig** in einem rollstuhlgerechten, aber nicht barrierefreien Gebäude **bewegen** und **orientieren**?  NEIN  JA

Benötigt Ihr Patient **pflegerische** Unterstützung?  NEIN  JA

Wenn ja, wobei? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Patient **abstinenzfähig** bezüglich Alkohol und Drogen?  NEIN  JA

---

## Möchten Sie uns sonst noch etwas zu Ihrem Patienten mitteilen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

**Bitte geben Sie den Fragebogen Ihrem Patienten zur Weiterleitung mit oder senden Sie ihn an:**

Heiligenfeld GmbH – Zentrales Aufnahmemanagement – Altenbergweg 6 – 97688 Bad Kissingen  
E-Mail: [info@heiligenfeld.de](mailto:info@heiligenfeld.de) – Fax: 0971 84-4195



## Wahlleistung Unterbringung

in den Heiligenfeld Kliniken Bad Kissingen und Uffenheim

Heiligenfeld

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Es werden folgende Leistungen für den Aufenthalt von mir in Anspruch genommen (bitte beachten Sie auch die Hinweise auf Seite 2):**

### **Fachklinik oder Rosengarten Klinik Heiligenfeld Bad Kissingen**

(Aufnahme möglich im Rahmen einer stationären **Krankenhausbehandlung** oder stationären **Rehabilitationsmaßnahme** im **Heiligenfelder Zentrum für Tierbegleitete Therapie**)

Bitte beachten Sie hierzu die "**Patienteninformation** zur Aufnahme mit [Hund/Katze/Kleintier]".

- |                          |                                 |               |
|--------------------------|---------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Hund</b>      | 10,00 € / Tag |
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Katze</b>     | 10,00 € / Tag |
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Kleintier</b> | kostenfrei    |

**Durch die Aufnahme mit Tier verlängern sich die Wartezeiten.**

### **Heiligenfeld Klinik Uffenheim**

(Aufnahme möglich im Rahmen einer stationären **Krankenhausbehandlung**)

Bitte beachten Sie hierzu die "**Patienteninformation** zur Aufnahme mit [Hund/Katze/Kleintier]" für die Heiligenfeld Klinik Uffenheim.

- |                          |                                 |              |
|--------------------------|---------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Hund</b>      | 5,00 € / Tag |
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Katze</b>     | 5,00 € / Tag |
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Kleintier</b> | kostenfrei   |

**Durch die Aufnahme mit Tier verlängern sich die Wartezeiten.**

Mit der Vereinbarung der oben genannten Wahlleistung verpflichten Sie sich als **Selbstzahler** zur Entrichtung des Entgelts. Sie erhalten hierfür jeweils für 14 Tage eine **Vorausrechnung** (die erste Rechnung erhalten Sie mit der Einladung, danach erhalten Sie die Rechnungen 14tägig in Ihr Patientenpostfach). Die Begleichung der Rechnungen jeweils im Voraus ist **obligat**.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_





### Angebotene Wahlleistungen in den Heiligenfeld Kliniken

In den Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen und Uffenheim werden unterschiedliche Wahlleistungen zusätzlich angeboten.

Mit der Vereinbarung der oben genannten Wahlleistungen verpflichten Sie sich als **Selbstzahler** zur Entrichtung des Entgelts.

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Bei einem gewünschten Aufenthalt **mit Hund, Katze** oder **Kleintier** verlängern sich die Wartezeiten ggf. aufgrund der hohen Nachfrage. Die Aufnahme mit Tier erfolgt für die Patienten der Fachklinik und Rosengarten Klinik Heiligenfeld Bad Kissingen im **Heiligenfelder Zentrum für Tierbegleitete Therapie** (Bismarckstraße 36, 97688 Bad Kissingen), für Patienten der Heiligenfeld Klinik Uffenheim in der Heiligenfeld Klinik Uffenheim selbst. Bitte beachten Sie, dass die Wartezeiten für die Aufnahme mit Tier sich zwischen der Fachklinik Heiligenfeld und der Heiligenfeld Klinik Uffenheim aufgrund der verfügbaren Plätze deutlich voneinander unterscheiden.
- Die **Fachklinik** Heiligenfeld sowie die Heiligenfeld Klinik **Uffenheim** verfügen sowohl über Zweibett- als auch Einbettzimmer, wobei die Anzahl an Einbettzimmern überwiegt. Die Standardleistung der gesetzlichen Krankenkassen beinhaltet bei einer stationären Krankenhausbehandlung maximal ein **Zweibettzimmer**. Die Zuteilung der Zimmer findet **kurzfristig** vor Ihrer Anreise statt und ist von der entsprechenden Belegungssituation abhängig. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir vor Ihrer Aufnahme keinerlei Auskünfte zur Zimmerbelegung erteilen können.
- Die Wahlleistungen werden unter dem **Vorbehalt** angeboten, dass die dafür erforderlichen Räume/Plätze zum Zeitpunkt der Aufnahme vorhanden sind.
- Bei Buchung eines Tierzimmers ist eine **Vorauszahlung** für jeweils 14 Tage fällig.



## **Informationen zur Aufnahme von gesetzlich versicherten Patienten in einem Privatkrankenhaus (Parkklinik Heiligenfeld Bad Kissingen, Psychosomatische Privatklinik Bad Grönenbach, Heiligenfeld Klinik Berlin)**

Sie interessieren sich für einen Aufenthalt in der **Fachklinik** Heiligenfeld oder Heiligenfeld Klinik Uffenheim zur stationären Krankenhausbehandlung? Aufgrund der hohen Anzahl von Patienten auf unserer Warteliste informieren wir Sie bereits im Vorfeld über voraussichtlich längere Wartezeiten bis zur Aufnahme (abhängig von der Behandlungsgruppe, Behandlungsdauer, verfügbaren Behandlungsplätzen).

Hiermit möchten wir Sie als gesetzlich Versicherten auf eine **Möglichkeit** aufmerksam machen, mit der Sie ggf. eine **zeitnahe Aufnahme** erwirken können.

Nach dem § 13 Absatz 2 SGB V (Sozialgesetzbuch) können gesetzlich Versicherte anstelle der Sach-/Dienstleistung die **Kostenerstattung** wählen. Hierfür ist im Vorfeld ein Antrag bei der Krankenkasse notwendig. Dies könnte es ermöglichen, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt in einem **Privatkrankenhaus** wie der **Parkklinik** Heiligenfeld bezahlt oder bezuschusst wird.

**Voraussetzung** für die Zustimmung zur Kostenerstattung sind spezielle **medizinische oder soziale Gründe**, die z. B. eine stationäre Krankenhausbehandlung in einem Privatkrankenhaus rechtfertigen. Ein solcher Grund liegt beispielsweise dann vor, wenn **keine freien Behandlungsplätze** in zugelassenen psychosomatischen Fachkliniken verfügbar sind und damit die Krankenkasse eine nicht verschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann.

In vielen psychosomatischen Fachkliniken bestehen mehrmonatige Wartezeiten.

### **Die Aufnahme in eine unserer Privatkliniken kann in der Regel unmittelbar erfolgen.**

Falls Sie sich für eine zeitnahe Aufnahme in einer unserer Privathäuser interessieren, wenden Sie sich zunächst direkt an das **Aufnahmemanagement** unter der Telefonnummer **0971 84-4444** oder per E-Mail an **info@heiligenfeld.de**.

Sollten Sie über eine **private Zusatzversicherung** für einen stationären Krankenhausaufenthalt verfügen, prüfen Sie bei dieser, ob sie ggf. den Aufenthalt in einem Privatkrankenhaus ebenso bezuschusst oder gar Restkosten vollständig übernimmt.

Haben Sie noch weitere Fragen oder benötigen Sie zusätzliche Informationen zur Aufnahme? Dann rufen Sie uns unverbindlich an!

Wir sind von Montag bis Donnerstag von 07:30 Uhr bis 18:00 Uhr sowie Freitag von 07:30 Uhr bis 15:00 Uhr **telefonisch** unter **0971 84-4444**, per Mail unter **info@heiligenfeld.de** oder per Fax unter **0971 84-4195** für Sie erreichbar.

Wir freuen uns auf Sie!

Herzliche Grüße  
Heiligenfeld GmbH  
Zentrales Aufnahmemanagement