

ALLGEMEINES

WIE SIND SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Freunde/ Bekannte
 Arzt/ Therapeut
 Beratungsstelle/ Jugendamt
 Internet
 sonstiges:

Bitte lesen Sie sich alle Fragen genau durch!
Die **sorgfältige, eigenhändige** und **vollständige** Beantwortung aller Fragen ist Grundvoraussetzung für die weitere Bearbeitung Ihrer Anfrage!

WAREN SIE BEREITS GAST AN UNSEREM BESUCHERTAG?

- Nein Ja, am

DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

1. BEHANDLUNGSWUNSCH

- FÜR WELCHE ART DER BEHANDLUNG MÖCHTEN SIE SICH ANMELDEN ? Reguläre Langzeit-Therapie (Ø Aufenthaltsdauer ca. 8 Wochen)
 Zweiwöchige Kriseninterventions-Therapie (nur regionale Patienten)

2. ANGABEN ZUR PERSON

weiblich männlich Geburtsdatum: _____

NAME, VORNAME: _____

STRASSE, HAUSNUMMER: _____

PLZ, WOHNORT: _____

TELEFON + MOBILNR: _____

EMAIL-ADRESSE: _____

WIR WÜRDEN UNS
HIER ÜBER EIN
PHOTO VON IHNEN
FREUEN.
DANKE!

3. KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS: gesetzlich privat

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE: _____

BESTEHT EINE PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG?: ja nein BEI: _____

SOLLEN FOLGENDE LEISTUNGEN FÜR DEN AUFENTHALT IN ANSPRUCH GENOMMEN WERDEN?

Wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ja nein Falls ja, setzen Sie sich mit uns in Verbindung

Krankenhaustagegeld ja nein Falls ja, setzen Sie sich mit Ihrer privaten Zusatzversicherung in Verbindung

4. ANGABEN ZUM EINWEISENDEN ARZT UND DEM AKTUELLEM BEHANDLER/THERAPEUTEN

EINWEISENDE(R) ÄRZTIN/ARZT ODER THERAPEUT(IN)::

BEHANDELNDE(R) ÄRZTIN/ARZT ODER THERAPEUT(IN):

Name, Vorname _____

Name, Vorname: _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Bitte den Arzt/Therapeuten-Fragebogen (im Anhang) ausfüllen lassen und mit zurückschicken. Danke.

5. WER SOLL MIT IHNEN IN DIE KLINIK AUFGENOMMEN WERDEN?

NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM:

als Patient

als Begleitkind

als Patient

als Begleitkind

als Patient

als Begleitkind

als Patient

als Begleitkind

als Patient

als Begleitkind

6. LEBENSSITUATION

a) BERUFLICHE SITUATION

Erlerner, aktueller, überwiegend ausgeübter oder letzter Beruf

arbeitsunfähig seit: _____

Rentenantrag gestellt am: _____

arbeitslos seit: _____

Berentet seit: _____ wegen: _____

Sind Sie motiviert wieder zu arbeiten? Ja

Nein _____

b) Familienstand

ledig

getrennt lebend

Partner/in

geschieden

eingetragene

verwitwet

Lebensgemeinschaft

wieder verheiratet

verheiratet

sonst.:

c) Wohnsituation

bei den Eltern lebend

mit Partner/in zusammen

bei der Mutter lebend

mit Kind/ern zusammen

beim Vater lebend

mit der Familie zusammen

allein lebend

sonst.:

d) BESTEHT BEI IHNEN EINE SCHWANGERSCHAFT? Ja Nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **ab der 14. SSW** eine Aufnahme in unser Haus **nicht** mehr möglich ist.

e) ANZAHL, GESCHLECHT UND ALTER IHRER KINDER?

(Beispiel: 2 Kinder – m/5 J, w/7J)

7. PERSÖNLICHES

a) BITTE GEBEN SIE IHRE KÖRPERGRÖÖE UND IHR GEWICHT AN _____ cm _____ kg

b) SIND SIE MIT IHREM GEWICHT ZUFRIEDEN Ja Nein, Wohlfühlgewicht _____ kg

c) GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN IHREM ESSVERHALTEN? Ja Nein

Falls ja, welche? Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln Diäten
 Erbrechen (falls ja, häufiger als 1x täglich?) Hungerphasen
 unregelmäßige Mahlzeiten Essanfälle

d) BESTEHEN NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN ODER LEBENSMITTEL ALLERGIEN? Ja Nein

Falls ja, gegen welche?

e) IST DIESBEZÜGLICH EINE BESONDERE ZUBEREITUNG DER SPEISEN ERFORDERLICH? Ja Nein

Falls ja, senden Sie bitte zusammen mit Ihren Aufnahmeunterlagen ein entsprechendes ärztliches Attest über die angegebenen Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Lebensmittel-Allergien ein. Wir werden zusammen mit unseren Diätassistentinnen prüfen, inwieweit wir Ihnen während des Aufenthaltes eine besondere Zubereitung anbieten können.

f) SPIELT FÜR SIE RELIGION / SPIRITUALITÄT EINE GROSSE ROLLE? Ja Nein

Wenn ja, welche

g) MEDIZINISCHE VORERKRANKUNG, KÖRPERL. BEEINTRÄCHTIGUNG ODER BEHINDERUNGEN Ja Nein

Welche: _____ seit wann: _____

h) WAREN SIE SCHON EINMAL IN PSYCHATRISCHER / PSYCHOSOMATISCHER BEHANDLUNG? Ja Nein

Ambulante Behandlung

Bei:

Wann:

Stationärer Aufenthalt

Bei:

Wann:

Bitte legen Sie den Aufnahme-Unterlagen die Entlassberichte der letzten 5 Jahre bei

i) BEKOMMEN SIE EINE REGELMÄÖIGE MEDIKATION (TABLETTEN/SPRITZEN/ETC.)? Ja Nein

Name des/der Medikamente(s)

Dosierung:

- -
 -
-

j) SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN Ja Nein

Auf welche Weise verletzen Sie sich selbst

wie oft

wann zuletzt

- k) HABEN SIE JEMALS EINEN SUIZIDVERSUCH UNTERNOMMEN? Ja Nein
 wie oft _____ wann zuletzt _____
- l) HALTEN SIE SICH AKTUELL FÜR SUIZIDGEFÄHRDET? Ja Nein
- m) SIND SIE SCHON EINMAL MIT DEM GESETZ IN KONFLIKT GERATEN? Ja Nein
 Wenn ja, weswegen _____
 und wann zuletzt _____
- n) SIND SIE VORBESTRAFT? Ja Nein
 Wenn ja, wann und _____
 weswegen _____

8. UMGANG MIT SUCHTMITTELN

- a) RAUCHEN SIE? Ja Nein
 Was _____ Wie viel _____ Wie oft _____
- b) SIND SIE MOTIVIERT, WÄHREND DER THERAPIE DAMIT AUFZUHÖREN? Ja Nein
- c) TRINKEN SIE ALKOHOHL? Ja Nein
 Was und wie viel _____ Wie oft _____ Wann zuletzt _____
- d) KONNTEN SIE SCHON LÄNGERE ZEIT (MIND. 1 WOCHE) DARAUf VERZICHTEN? Ja Nein
- e) NEHMEN ODER NAHMEN SIE DROGEN? Ja Nein
 Wenn ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben:
- | Substanz | Wieviel | Wie oft | Wann zuletzt |
|---|---------|---------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Cannabisprodukte | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amphetamine | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Heroin | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Halluzinogene (LSD, Pilze) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kokain | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | _____ | _____ | _____ |
- f) GIBT ES SONSTIGE VERHALTENSWEISEN, DIE SIE IM ÜBERMAß BETREIBEN? Ja Nein
 (z.B. Einkaufen, Computerspiele, Internet, Spielautomaten, Sex, Fernsehen, häufig wechselnde Beziehungen,...)

- Wenn ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben:
- | Was | Wieviel | Wie oft | Wann zuletzt |
|-------|---------|---------|--------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

9. SELBSTDARSTELLUNG, MOTIVATION UND ERWARTUNGEN

a) BITTE LESEN SIE ZUERST ALLE AUSSAGEN DURCH UND KREUZEN SIE DANACH AN, WAS AUF SIE ZUTRIFFT:

1	unangenehme (& unsinnige) Gedanken	<input type="checkbox"/>	51	vermindertes Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>
2	unangenehme (& unsinnige) Handlungen	<input type="checkbox"/>	52	Schuldgefühle	<input type="checkbox"/>
3	dauernder Hunger	<input type="checkbox"/>	53	Verlust an Interessen und Angenehem	<input type="checkbox"/>
4	Übergewicht	<input type="checkbox"/>	54	verminderte Aktivität	<input type="checkbox"/>
5	Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	55	Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>
6	Vermeidung fettmachender Speisen	<input type="checkbox"/>	56	Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>
7	Gefühl zu fett zu sein, trotz besseren Wissens	<input type="checkbox"/>	57	Alpträume	<input type="checkbox"/>
8	Hungern	<input type="checkbox"/>	58	früheres Erwachen als gewöhnt (2 h & mehr)	<input type="checkbox"/>
9	Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	59	am Schlimmsten ist es morgens	<input type="checkbox"/>
10	Untergewicht	<input type="checkbox"/>	60	anhaltende grundlose Erschöpfung & Müdigkeit	<input type="checkbox"/>
11	ausbleibende Regelblutung	<input type="checkbox"/>	61	übermäßige Schlafneigung während des Tages	<input type="checkbox"/>
12	Essanfälle mit großen Nahrungsmengen	<input type="checkbox"/>	62	sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/>
13	Erbrechen etc., um Nahrung loszuwerden	<input type="checkbox"/>	63	Einsamkeit	<input type="checkbox"/>
14	Scham	<input type="checkbox"/>	64	Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>
15	Sexuelle Probleme	<input type="checkbox"/>	65	Verzweiflung	<input type="checkbox"/>
16	mangelnde Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>	66	häufige Suizidgedanken	<input type="checkbox"/>
17	starke Bedrohung erlebt	<input type="checkbox"/>	67	Furcht vor Menschenmengen	<input type="checkbox"/>
18	plötzliches Wiedererleben der Bedrohung	<input type="checkbox"/>	68	Furcht, den sichern Ort zu verlassen	<input type="checkbox"/>
19	Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein	<input type="checkbox"/>	69	Furcht vor Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>
20	eigene Gefühle fühlen sich fremd an	<input type="checkbox"/>	70	Furcht, peinlich zu sein	<input type="checkbox"/>
21	Gefühl, Umgebung ist unwirklich	<input type="checkbox"/>	71	Furcht nur vor etwas Speziellem	<input type="checkbox"/>
22	Umwelt wirkt fremd und uninteressant	<input type="checkbox"/>	72	plötzliche Panikattacken	<input type="checkbox"/>
23	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	73	ständige Befürchtungen im Alltag	<input type="checkbox"/>
24	Neigung zu Wutausbrüchen	<input type="checkbox"/>	74	übertriebenes Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>
25	plötzliches Handeln ohne Nachzudenken	<input type="checkbox"/>	75	nicht feststellbares körperliches Leiden	<input type="checkbox"/>
26	Unsicherheit bezüglich eigenem Selbstbild	<input type="checkbox"/>	76	ständige starke nicht feststellbare Schmerzen	<input type="checkbox"/>
27	intensive aber nur kurze Beziehungen	<input type="checkbox"/>	77	Misstrauen gegenüber beruhigenden Ärzten	<input type="checkbox"/>
28	Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	78	ständige Sorge um körperliche Symptome	<input type="checkbox"/>
29	chronisches Gefühl einer inneren Leere	<input type="checkbox"/>	79	anhaltende Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>
30	andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt	<input type="checkbox"/>	80	Schwindel	<input type="checkbox"/>
31	andauerndes Bedrohungsgefühl	<input type="checkbox"/>	81	Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>
32	Übertreibung eigener Leistungen und Talente	<input type="checkbox"/>	82	Herzklopfen und Herzrasen	<input type="checkbox"/>
33	häufiger Neid auf andere	<input type="checkbox"/>	83	Speiseröhre-Beschwerden	<input type="checkbox"/>
34	Kritik & Verachtung für Autoritätspersonen	<input type="checkbox"/>	84	Übelkeit	<input type="checkbox"/>
35	schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben	<input type="checkbox"/>	85	häufiger Durchfall	<input type="checkbox"/>
36	Unbeteiligt-Sein bei Gefühlen anderer	<input type="checkbox"/>	86	Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>
37	Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten	<input type="checkbox"/>	87	Taubheitsgefühl oder Kribbelgefühl	<input type="checkbox"/>
38	Neigung zu Aggressionen & Gewalt	<input type="checkbox"/>	88	Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>
39	übermäßiger Alkoholkonsum o. Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	89	Wechseljahr-Beschwerden	<input type="checkbox"/>
40	Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte	<input type="checkbox"/>	90	stark schwankende Gefühle	<input type="checkbox"/>
41	gesteigerte Aktivität	<input type="checkbox"/>	91	starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein	<input type="checkbox"/>
42	vermindertes Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	92	Neigung zu starkem Zweifel	<input type="checkbox"/>
43	riskantes Verhalten	<input type="checkbox"/>	93	Beeinträchtigung durch eigen. Perfektionismus	<input type="checkbox"/>
44	starke Überzeugung, die nicht geteilt wird	<input type="checkbox"/>	94	Sorge, im Sozialen kritisiert zu werden	<input type="checkbox"/>
45	Gedanken werden gemacht oder hörbar	<input type="checkbox"/>	95	Unterordnung und Nachgiebigkeit	<input type="checkbox"/>
46	Hören von Stimmen	<input type="checkbox"/>	96	Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können	<input type="checkbox"/>
47	Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten	<input type="checkbox"/>	97	Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken	<input type="checkbox"/>
48	Drang zum Diebstahl ohne materielle Not	<input type="checkbox"/>	98	Einzelgängertum	<input type="checkbox"/>
49	Drang zur Brandstiftung	<input type="checkbox"/>	99	störendes Beharren auf eigenen Rechten	<input type="checkbox"/>
50	Konflikt mit dem Gesetz	<input type="checkbox"/>	100	Gefühl, Opfer von Intrigen zu sein	<input type="checkbox"/>

b) **WICHTIGSTE PROBLEME**

- Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Probleme, auf Grund derer Sie eine Aufnahme bei uns wünschen, kurz in Ihren eigenen Worten (sowohl psychisch als auch körperlich)

c) **ERFAHRUNG**

- Wenn Sie schon Therapieerfahrung haben, wie konnten Sie davon profitieren?

d) **ERWARTUNGEN**

- Was erwarten Sie für sich von einer guten Therapie?
Was soll sich verändern und wodurch? **Geben Sie bitte drei möglichst konkrete Ziele an:**

- Welche Erwartungen haben Sie allgemein an eine gute Therapie?

e) **GRUPPENTHERAPIE**

- Der überwiegende Teil der Behandlung findet in Gruppen, innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft statt. **Wie denken Sie, dass Sie dies für sich nutzen können?**

f) **MOTIVATION**

- Bitte schätzen Sie auf dieser Skala Ihre Therapiemotivation ein.
(1 bedeutet dabei keine Motivation, 10 bedeutet sehr hohe Motivation)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. MOTIVATIONSBERICHT

BITTE SCHREIBEN SIE EINE BEGRÜNDUNG, WESHALB ES GUT FÜR SIE IST, GERADE JETZT BEI UNS IN DER HEILIGENFELD KLINIK WALDMÜNCHEN EINE THERAPIE ZU MACHEN.

(Bitte per Hand und möglichst mindestens eine Seite schreiben)

-> ÜBER DIE AUFNAHME KANN NUR ENTSCHIEDEN WERDEN WENN DIESE BEGRÜNDUNG VORLIEGT <-

Folgende Fragen müssen nicht zwingend beantwortet werden und gelten als Leitfaden für Ihre Begründung:

- Was sehen Sie als Ursache Ihrer Probleme?
- Was hat sich in den letzten Monaten/Jahren so gravierend verschlechtert, dass Sie in eine Klinik möchten?
- Welche konkreten Ereignisse bringen Sie dazu, sich jetzt verändern zu wollen?
- Warum sind Sie gerade jetzt bereit dazu eine stationäre Psychotherapie zu machen?
- Wofür möchten Sie die Chance in der Klinik nutzen?
- Wie werden/möchten Sie nach der Behandlung sein?

11. UNTERSCHRIFTEN

VORAUFWENTHALTE IN HEILIGENFELD KLINIKEN

Wurden Sie bereits in einer Heiligenfeld-Klinik stationär behandelt?

Nein

Ja

Klinik: _____

Schweigepflichtsentbindung zur Anforderung von Entlassberichten aus den Heiligenfeld Kliniken

Ich entbinde hiermit die oben genannte Klinik 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, die die oben genannte Klinik über mich besitzt, zur Sachaufklärung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen dem Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung freiwillig abgegeben wird und jederzeit widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

SCHWEIFPFLICHTSENTBINDUNG(EN)

Ich entbinde hiermit die Heiligenfeld Klinik Waldmünchen 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 Nichtaufnahme, etc. gesprochen werden darf. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig abgegeben wird und jederzeit von mir widerrufen werden kann. Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen.

Ort, Datum

Unterschrift

Personen

Name(n) (PLZ, Ort, Straße, Telefon)

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Eltern
Sorgeberechtigte/Vormund | _____ |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt/ Familienhilfe/
Beratungsstelle | _____ |
| <input type="checkbox"/> Einweisende(r) Ärztin/Arzt | _____ |
| <input type="checkbox"/> Therapeutin/Therapeut | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ |

DATENSCHUTZ

Patienteninformationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie unsere 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.

Ort, Datum

Unterschrift

VERSAND

Hiermit erkläre ich mich mit dem Versand meiner Unterlagen in die Zentrale der Heiligenfeld Kliniken nach Bad Kissingen einverstanden

Unterschrift

TELEFONISCHE ERREICHBARKEIT

Ja, gelesen

Bitte geben Sie unbedingt die **korrekte Telefon-/Mobilnummer** an, unter der Sie **zuverlässig erreichbar** sind und bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit. Sollten Sie einen Anrufbeantworter oder die Mobilbox verwenden, stellen Sie bitte sicher, dass sie die Nachrichten regelmäßig abhören und unsere Rückrufbitte Sie erreichen kann.

Wir benötigen diese Unterstützung vor allem für die **Abstimmung Ihres Aufnahmetermins**.

Wenn wir freie Plätze haben und Sie nicht erreichen können, kann es zur deutlichen Verlängerung Ihrer Wartezeit kommen.

RICHTIGKEIT DER ANGABEN

Bitte bestätigen Sie das eigenhändige Ausfüllen und die Richtigkeit Ihrer Angaben hier mit Ihrer Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

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. Krankenversicherungsnummer,
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 für den Arzt/Therapeuten

zur Vorbereitung des stationären psychosomatischen Aufenthaltes



Heiligenfeld

Klinik Waldmünchen

Heiligenfeld-Klinik Waldmünchen GmbH
Krankenhausstraße 3
93449 Waldmünchen

ZUSENDUNG GERNE AUCH PER FAX ODER EMAIL

Fax-Nr.: 09972-308 115

Email: aufnahme.waldmuenchen@heiligenfeld.de

DATUM:

.....

1. ALLGEMEINES

IHRE ADRESSE (oder Stempel):

Arztnummer _____

Name, Vorname _____

Strasse, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

Email-Adresse _____

WIE SIND SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

Messe/Kongress

Newsletter

Kollegin/Kollege

Internetrecherche

www.heiligenfeld.de

sonstiges: _____

2. ANGABEN ZUM PATIENTEN/DER PATIENTIN

a) **GESCHLECHT** weiblich männlich

b) **GEBURTSDATUM** _____

c) **NAME, VORNAME:** _____

d) **STRASSE, HAUSNUMMER:** _____

e) **PLZ, WOHNORT:** _____

f) **TELEFON-/MOBILNUMMER:** _____

g) **EMAIL-ADRESSE:** _____

h) SEIT WANN IST DIE PATIENTIN/DER PATIENT BEI IHNEN IN BEHANDLUNG?

DATUM:.....

i) WELCHE ART DER BEHANDLUNG IST FÜR DIE PATIENTIN/DEN PATIENTEN ANGEZEIGT?

Reguläre Langzeit-Therapie (Ø Aufenthaltsdauer ca. 8 Wochen)

Zweiwöchige Kriseninterventions-Therapie (nur regionale Patienten)

3. KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS:

gesetzlich

privat

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE: _____

4. MEDIZINISCH/PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGABEN ZUM PATIENTEN

BITTE GEBEN SIE DIE VON IHNEN FESTGESTELLTE(N) DIAGNOSE(N) NACH ICD-10 AN:

F- _____

F- _____

F- _____

Weitere: _____

a) Dekompensation bereits bestehender Symptomatik

Ja

Nein

b) Akute Krise bei gravierendem Live-Event

Ja

Nein

z.B. Unfall/Krankheit/Tod eines Angehörigen, kürzlich erlittenes traumatisches Ereignis, etc.

c) Chronifizierungsgefahr

Ja

Nein

d) Ist Ihr Patient akut suizidal

Ja

Nein

e) Gab es in den letzten 6 Monaten einen/mehrere Suizidversuch(e)

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele: _____ Wann zuletzt: _____

f) Ist Ihr Patient aktuell psychotisch/(hypo-)manisch

Ja

Nein

g) Hatte ihr Patient in der Vergangenheit psychotisch/(hypo-)manische Episode(n)

Ja

Nein

Wenn ja, wann zuletzt: _____

h) Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung?

Ja

Nein

i) Ist ihr Patient hinsichtlich Substanzkonsum (Alkohol, evtl. Drogen) abstinenzfähig- und bereit?

Ja

Nein

Wenn nein, weshalb: _____

j) Kann sich ihr Patient selbstständig in einem rollstuhlgerechten, aber nicht barrierefreien Gebäude bewegen und orientieren?

Ja

Nein

Wenn nein, weshalb: _____

5. ANGABEN ZUR THERAPIEFÄHIGKEIT

a) Besteht eine ausreichende Eigenmotivation? Ja Nein

b) Ist Ihr Patient in einem psychosomatischen Setting gruppentherapiefähig? Ja Nein

Wenn nein, weshalb: _____

c) Benötigt Ihr Patient pflegerische Unterstützung? Ja Nein

Wenn ja wobei: _____

6. ANGABEN ZU PSYCHOSOMATISCHEN MAßNAHMEN

a) Ist Ihr Patient aktuell in ambulanter, psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Wenn nein, weshalb ist dies nicht angezeigt: _____

b) Ambulante Therapie Wartezeit zu lang Kein Platz verfügbar Maßnahmen ausgeschöpft

c) Ist eine Herausnahme aus dem heimischen Milieu indiziert? Ja Nein

d) Sind Therapiedichte sowie die multimodalen Behandlungsmöglichkeiten eines stationären Krankenhaussettings notwendig für die Behandlung Ihres Patienten? Ja Nein

7. MEDIKAMENTE

Nimmt Ihr Patient aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein? Ja Nein
Falls ja, in welcher Dosis und seit wann. Ggf. Medikamentenplan beilegen.

Name des Medikamentes	Dosis:	Seit wann:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. SONSTIGE, IHNEN WICHTIGE ANGABEN

9. ZUSÄTZLICH FÜR KINDER

- a) Ist das Kind/der Jugendliche im familiären Rahmen, in KiTa/KiGa, Schule oder sonstiger Einrichtung mit gewalttätigem Verhalten aufgefallen? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Maße: _____

Wenn ja, kam es zu sexualisierter Gewalt bzw. sexuellen Übergriffen? Ja Nein

- b) Zeigt das Kind/der Jugendliche (beginnende) dissoziale Verhaltensweisen (Quälen von Menschen und Tieren, fehlende Empathie und Schuldbewusstsein, etc)? Ja Nein

- c) Ist das Kind/der Jugendliche (auch mit Hilfe Dritter) steuerungsfähig? Ja Nein

- d) Benötigt das Kind/der Jugendliche 1:1 Betreuung, wenn auch nur teilweise? Ja Nein

- e) Besteht eine manifeste Essstörung Ja Nein

Wenn ja, wie äußert sich diese: _____

- f) War das Kind/der Jugendliche im letzten halben Jahr fremduntergebracht? Ja Nein

Wenn ja, weshalb, wie lange und bis wann zuletzt: _____

10. UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel