

**Paracelsus Roswitha-Klinik
Dr.-Heinrich-Jasper-Str. 2a
37581 Bad Gandersheim**

| |
|------------------------|
| Name, Vorname _____ |
| Geburtsdatum _____ |

Telefon: _____

Beginn der stationären Rehabilitation

Die für mich vorgesehene Maßnahme werde ich antreten ja nein

Die Anreise erfolgt mit der **Deutschen Bahn** ja nein

Ich werde die stationäre Rehabilitation zum angegebenen Zeitpunkt nicht beginnen,

weil _____

Ich bitte um Verschiebung der Maßnahme zum: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte schicken Sie dieses Schreiben umgehend ausgefüllt an uns zurück.

Vielen Dank!

Aufnahme- und Anamnesebogen

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Ihre Mobil-Tel.-Nr. _____

Rentenversicherung _____ Krankenkasse _____

Alter _____ Jahre Größe _____ cm Gewicht _____ kg Geschlecht w m d Nationalität _____

geboren in Deutschland _____ Aus-/Übersiedler Jahr _____

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet seit _____

Partnerschaft in fester Partnerschaft lebend? ja nein

Größe des Haushaltes Zahl der im Haushalt lebenden Erwachsenen _____ Kinder _____

Wenn Ihre Kinder nicht bei Ihnen leben, wo leben sie? _____

Leben Sie zur Miete im Eigentum und im Haus in einer Wohnung

Haupteinkommensquelle Erwerbstätigkeit Rente Krankengeld

Arbeitslosengeld (ALG) I Unterstützung der Eltern Unterhalt durch Ehegatten BaFöG

ALG II / Grundsicherung Sonstiges: _____

Besteht ein Arbeitsvertrag? ja, seit _____ bis zum _____ unbefristet nein, nicht mehr seit _____

Kündigung durch Arbeitgeber Patient Ende des befristeten Vertrags

Jetzige bzw. letzte Berufsbezeichnung _____

Jetzige/Letzte Berufstätigkeit Arbeiter/-in Facharbeiter/-in selbständige/-r

einf./mittl. Angestellte/-r höhere/-r Angestellte/-r einf./mittl. Beamte/-r höhere/-r Beamte/-r

Azubi, o. Umschüler/-in Schüler/-in/Student/-in Hausfrau/-mann Rentner/-in

ohne Beruf Sonstiges _____

Schichtdienst nein ja, in Form von _____

Jetziger Erwerbsstatus voll erwerbstätig teilzeitbeschäftigt mit _____ Wochenstunden

arbeitslos seit: _____

Arbeitsunfähig (krankgeschrieben) seit _____ wegen:

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten keine unter 3 Monate 3 - 6 Monate über 6 Monate

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? nein ja, wann _____ wegen:

Wurde Ihr Rentenanspruch abgelehnt? ja, wann wegen:

Beabsichtigen Sie, demnächst einen Rentenanspruch zu stellen? nein ja, wegen:

Wenn Sie an Ihren jetzigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken:

Glauben Sie, dass Sie Ihre jetzige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?

sicher eher ja unsicher eher nein auf keinen Fall

Sehen Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand Ihre allgemeine Erwerbstätigkeit dauerhaft gefährdet?

ja nein

Schwerbehinderung GdB _____ wegen:

seit _____ **gleichgestellt** nein ja

Beabsichtigen Sie, einen (Verschlimmerungs-)Antrag zu stellen? nein ja, wegen:

Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten: keine nur Tage 1 Woche 2 Wochen 4 Wochen
 6 Wochen 8 Wochen länger: _____ Wochen

Haben Sie aktuell einen ambulanten Psychotherapieplatz? ja, wie lange dauern die Gespräche? _____ Minuten nein

Wie häufig finden die Psychotherapiegespräche statt? einmal wöchentlich 14-tägig monatlich anderes _____

Wer hielt diese Rehabilitation für erforderlich? ich selbst mein Behandler Krankenkasse Agentur für Arbeit
 andere: _____

Wurde Ihr jetziger Rehabilitationsantrag zunächst abgelehnt? nein ja, wann _____ weil

Haben Sie bereits ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen?

früher nein ja: von wann bis wann? _____

War diese hilfreich? ja nein

gegenwärtig nein ja: seit wann? _____

Ist diese hilfreich ja, wodurch? Was haben Sie erreicht?

nein, warum nicht?

Falls ja, Anzahl ambulanter Psychotherapiestunden: bis 5 6 - 25 26 - 160 161 - 300 über 300

Stationäre psychotherapeutische Vorbehandlungen? nein ja: von wann bis wann? _____

War(en) diese hilfreich? ja nein, warum nicht?

Gab es frühere Rehabilitationen? nein ja: von wann bis wann? _____

wo? _____ aus welchem Grund?

Waren diese hilfreich ja nein

Frühere psychiatrische Behandlungen in Krankenhaus oder Tagesklinik?

nein ja: wann? _____ wo? _____ aus welchem Grund?

Waren diese hilfreich ja nein

Ambulante neurologische / psychiatrische Behandlung?

früher nein ja: von wann bis wann _____ hilfreich ja nein

gegenwärtig nein ja: seit wann: _____ hilfreich ja nein

Andere professionelle Therapien/Hilfen?

Waren diese hilfreich? ja nein

Selbsthilfegruppe? nein ja: welche, wann?

Digitale Gesundheitsanwendung nein ja: welche, wann?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Bitte bringen Sie gegebenenfalls Ihren aktuellen Medikationsplan mit.

| | Name und Stärke | Einnahme seit | täglich | | | | wie oft wtl. /mtl.? |
|---|-----------------|---------------|---------|---------|--------|-------|---------------------|
| | | | Morgens | Mittags | Abends | Nacht | |
| Medikamente, z. B. „Pille“ Schmerzmittel Blutdruckmittel Abführmittel | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Psychopharmaka Schlafmittel Beruhigungsmittel Antidepressiva Andere | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Haben Sie früher schon einmal Psychopharmaka eingenommen? Wenn ja, welche, wann, wie lange?

| Name | von | bis | Auswirkung | Beendet weil |
|------|-----|-----|------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CT/ MRT-Untersuchung des Kopfs nein ja ,wann _____

Schlafmedizinische Untersuchung nein ja ,wann _____

Jetzige Beschwerden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | stark | mäßig | kaum | gar nicht | Bitte freilassen |
|--|-------|-------|------|-----------|------------------|
| Müdigkeit/Energielosigkeit | | | | | |
| Schwächegefühl | | | | | |
| Rasche Erschöpfbarkeit | | | | | |
| Trübe Gedanken | | | | | |
| Neigung zum Weinen | | | | | |
| Übermäßiges Schlafbedürfnis | | | | | |
| Innere Unruhe oder Gespanntheit | | | | | |
| Angstgefühle | | | | | |
| Grübeleien | | | | | |
| Konzentrationsschwäche | | | | | |
| Reizbarkeit | | | | | |
| Kopfschmerzen | | | | | |
| Nacken-/ Schulterschmerzen | | | | | |
| Kreuz-/ Rückenschmerzen | | | | | |
| Gelenk-/ Gliederschmerzen | | | | | |
| Schweregefühl, Müdigkeit in den Beinen | | | | | |
| Unruhe in den Beinen | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Taubheitsgefühl | | | | | |
| Zittern oder inneres Beben | | | | | |
| Gleichgewichtsstörungen | | | | | |
| Herzklopfen oder unregelmäßiger Puls | | | | | |
| Stiche, Schmerzen, Ziehen in der Brust | | | | | |
| Schwindelgefühl | | | | | |
| Ohnmacht | | | | | |
| Starkes Schwitzen | | | | | |
| Kalte Füße | | | | | |
| Überempfindlichkeit gegen Wärme | | | | | |
| Überempfindlichkeit gegen Kälte | | | | | |
| Frieren / Frösteln | | | | | |
| Hitzewallungen / Aufsteigende Hitze | | | | | |
| Anfallsweise Atemnot | | | | | |
| Erstickungsgefühl | | | | | |
| Kloßgefühl im Hals | | | | | |
| Schluckbeschwerden | | | | | |
| Schluckauf | | | | | |
| Übelkeit | | | | | |
| Erbrechen | | | | | |
| Saures Aufstoßen | | | | | |
| Druck- oder Völlegefühl im Leib | | | | | |
| Leibschmerzen (auch Magen, Unterleib) | | | | | |
| Verstopfung | | | | | |
| Regelbeschwerden | | | | | |
| Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit | | | | | |
| Leichtes Erröten | | | | | |

Wie lange leiden Sie schon an den Hauptbeschwerden?

- bis 1 Jahr
 2 Jahre
 5 Jahre
 10 Jahre
 15 Jahre
 länger als 15 Jahre

Raum für weitere Angaben (z. B. sonstige Beschwerden)

Appetit unverändert vermehrt vermindert seit

Körpergewicht gleichbleibend Zunahme um ____kg seit __ Jahren Abnahme um ____kg seit ____ Jahr

Beschwerden beim Stuhlgang nein ja **beim Wasserlassen** nein ja

Schlaf: ungestört Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Allergien/ Medikamentenunverträglichkeit nein ja

Erkrankungen

Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen und Jahr angeben)

| | ja | im Jahr | Keine Beeinträchtigung | Psychische Beeinträchtigung | Funktionale Beeinträchtigung |
|--|----|---------|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Herzkrankheiten | | | | | |
| Schlaganfall/Lähmungen | | | | | |
| Thrombose / Embolie | | | | | |
| Migräne | | | | | |
| Hoher Blutdruck | | | | | |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | | | | | |
| Fettstoffwechselstörung | | | | | |
| Gicht | | | | | |
| Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule | | | | | |
| Knochenbrüche/Unfälle | | | | | |
| Arbeitsunfälle | | | | | |
| Operationen | | | | | |
| Grüner Star (Glaukom) | | | | | |
| HNO-Erkrankung / Tinnitus | | | | | |
| Schilddrüsenerkrankung | | | | | |
| Lungen-/Bronchialerkrankung | | | | | |
| Asthma/ Heuschnupfen/ Allergie | | | | | |
| Magen-/Darmerkrankungen | | | | | |
| Leber-/Gallenerkrankungen | | | | | |
| Nieren-/Blasenerkrankung | | | | | |
| Haut-/Geschlechtskrankheiten | | | | | |
| Gynäkolog./Prostata-Erkrankung | | | | | |
| Letzte Krebsfrüherkennung? | | | | | |
| Epilepsie | | | | | |
| Essstörung (Magersucht/Bulimie/Heißhunger) | | | | | |
| Alkohol-Abhängigkeit | | | | | |
| Medikamenten-Abhängigkeit | | | | | |
| Drogen-Abhängigkeit | | | | | |
| Psychische Erkrankung | | | | | |
| Selbstverletzendes Verhalten | | | | | |
| Suizidversuch | | | | | |

Andere Erkrankungen, welches Jahr?

Treiben Sie regelmäßig Sport? nein ja, welchen und wie viele

Wochenstunden _____

Rauchen Sie? nie geraucht Nichtraucher seit _____ ja: wie viel pro Tag: _____ seit _____

Trinken Sie Alkohol? nie bei seltenen Gelegenheiten regelmäßig: Wie viel pro Tag: _____

Aktuelle Beschwerden und Episoden gewünschten Erlebens

Was sind Ihre aktuellen Hauptbeschwerden? Was möchten Sie durch die stationäre Behandlung erreichen?

Wann begannen und wie verliefen Ihre jetzigen Beschwerden?

Wie werden Sie durch diese Beschwerden beeinträchtigt ...

im Beruf:

Zuhause:

in der Freizeit (Hobbies, Kontakte):

Wann, zu welchen Zeiten in welchen Situationen bemerken Sie von Ihnen gewünschtes körperliches oder psychisches Erleben? Wann geht es Ihnen besser? Wann bemerken Sie Ausnahmen?

Familiäre Entwicklung, Partnerschaften/Ehe, Freundschaften, Hobbies

Hatten Sie in der Kindheit folgende Störungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen (Stottern, Stammeln, Lispeln) | <input type="checkbox"/> Dunkelangst |
| <input type="checkbox"/> schreckhaftes Erwachen in der Nacht | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Schlafwandeln | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Schulerbrechen |
| <input type="checkbox"/> Angstanfälle | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Fortlaufen von Zuhause | <input type="checkbox"/> andere Schulschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Welche Berufe haben / hatten Ihre Eltern?

Welche Entwicklungen erwarteten Ihre Eltern von Ihnen?

Fühl(t)en Sie sich von Ihren Eltern/Bezugspersonen akzeptiert? Von welchen Bedingungen war die Anerkennung abhängig?

Gab es Mottos, Werte, Lebensphilosophien, die Ihre Eltern/Bezugspersonen vermittelt haben und sind diese heute noch wichtig?

Wie und von wem wurden Sie in der Kindheit bestraft? Wie und durch wen wurden Sie unterstützt?

In welcher häuslichen Atmosphäre sind Sie aufgewachsen?

Haben Sie Geschwister? nein wenn ja, wie viele (Altersabstand, jünger/ älter)

Wie beschreiben Sie das Verhältnis zu den Geschwistern?

Früher

Heute

Partnerschaft: Beschreiben Sie Ihren jetzigen bzw. letzten Partner (Alter, Beruf, Eigenschaften):

Falls Partnerschaft: In welchen Punkten passen Sie gut zusammen / haben Sie gut zusammengepasst , in welchen nicht?

Eigene Kinder nein wenn ja, wie viele _____ Alter der Kinder: _____
Beruf der Kinder _____

Enkelkinder wenn ja, wie viele _____ Alter der Enkel-Kinder: _____

Wie sind Ihre aktuellen sozialen Kontakte? (Familie, Freunde, Nachbarn, Kollegen)
Welche Kontakte erleben Sie als hilfreich und unterstützend, welche weniger?

Wie verliefen frühere Freundschaften/Partnerschaften/Ehen?

Welche Interessen/Hobbies hatten Sie /haben Sie jetzt? Woraus schöpfen Sie Kraft?

Sind Sie in Ihrer Freizeit körperlich aktiv?

ja in welcher Weise und wie häufig?

nein waren Sie körperlich aktiv? Wenn ja, wie, bis wann und wie häufig?

Welche Erfahrungen haben Sie bei Ihrer körperlichen Aktivität gemacht?

Gibt es finanzielle Belastungen?

Schulischer und beruflicher Werdegang

- Höchster Schulabschluss** noch in der Schule Sonderschule Hauptschule
 Realschule / Mittl.-Reife Abitur/Fachhochschulreife ohne Abschluss
- Höchster Berufsabschluss** noch nicht Lehre Meister
 Fachhochschule Universität ohne

Gab es Störungen/Abbrüche in der Schule?

oder Berufsausbildung?

Gab es eine Umschulung nein wenn ja, wann _____ warum _____ welcher Art

Wie viel Zeit und welche Verkehrsmittel brauchen Sie für den Arbeitsweg?

Was ist Ihre genaue Aufgabe und Stellung am Arbeitsplatz?

Stellt die Arbeit hohe Anforderungen an Sie?

Befriedigt Sie Ihre Tätigkeit? ja nein, was stört?

Gibt es Konflikte im Arbeitsklima? nein ja: welche?

Welche Fähigkeit bräuchten Sie (wieder), um an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren zu können um am beruflichen Leben wieder teilnehmen zu können?

Welche beruflichen Ziele haben Sie?

Gibt es angsterregende oder schmerzliche Erlebnisse Ihres Lebens, die bisher noch nicht erwähnt worden?

Gab es in der letzten Zeit Änderungen Ihrer Lebensumstände (z. B. Erkrankungen, Trennungen, Verluste, finanzielle Schwierigkeiten)?

Versuchen Sie doch einmal, sich selbst zu beschreiben:

Wenn Sie sich mit den Augen Ihrer besten Freundin / Ihres besten Freundes sehen könnten, wie würde diese(r) Sie beschreiben?

Wenn Sie jetzt noch einmal alles überdenken, was Sie bisher erfahren haben, welches sind Ihrer Meinung nach Ihre Hauptschwierigkeiten?

Wann bemerken Sie Ausnahmen von diesen Beschwerden?

Wie ist Ihrer Meinung nach Ihre Erkrankung zustande gekommen oder zu erklären

Ressourcen

Was soll sich während des stationären Aufenthalts nicht ändern, weil Sie es jetzt schon als wertvoll und hilfreich erleben? Was finden Sie gut an sich? Was macht Ihnen Freude? Was sind Ihre Kraftquellen?

**Welche Wünsche haben Sie an den stationären Aufenthalt und an das Behandlungsteam/ uns?
Gibt es Ihrerseits Befürchtungen oder Sorgen?**

Wofür würden Sie den Aufenthalt gern nutzen?

Sehr häufig berichten Patienten zu Beginn der stationären Psychotherapie, dass auch schon in der Zeit, nachdem sie diesen Fragebogen bearbeitet haben, bis zum Beginn unserer Zusammenarbeit hier, oft spontan und für sie selbst überraschend, da und dort, schon einmal etwas von dem von Ihnen gewünschten Erleben aufgetaucht ist.

Das ist ganz natürlich und normal, denn Menschen verfügen über viele hilfreiche Muster, die ihnen manchmal gar nicht klar sind, die aber manchmal spontan auftauchen.

Gerade solche Erfahrungen können für unsere Zusammenarbeit enorm nützlich sein, denn sie weisen auf hilfreiche Fähigkeiten in ihnen hin, die sie auch hier für eine erfolgreiche Zusammenarbeit unterstützen können. Sie sind deshalb für uns wichtige hilfreiche Informationsquellen.
Deshalb möchten wir Sie bitten, **sich und ihr Umfeld bis zum Beginn unserer Zusammenarbeit einfach einmal darauf hin zu beobachten, ob und, wenn ja, wann solche Erfahrungen auftreten können.** Dabei sind auch kleine Änderungen in die gewünschte Richtung von großer Bedeutung, auch dann, wenn sie noch nicht anhaltend wirksam sind. Denn sie weisen auf hilfreiche Fähigkeiten in ihnen hin, auf denen wir gemeinsam aufbauen können. Wir werden im Verlauf unserer Zusammenarbeit zusammen mit Ihnen darauf dann weiter eingehen. (nach G. Schmidt in Beratung und Therapie optimal vorbereiten, M. Prior)

Bitte bei Beginn der Akutbehandlung, bzw. Rehabilitation dem aufnehmenden Arzt geben

Sie beginnen in wenigen Tagen in unserer Klinik eine stationäre psychotherapeutische/psycho-somatische **Krankenhausbehandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung, bzw. eine stationäre psychosomatische Rehabilitation.**

Um schon zu Beginn unserer Zusammenarbeit ein erstes Verständnis für Ihre Anliegen und für Ihre Potenziale zu bekommen, bitten wir Sie dieses und die folgenden Formulare vor der Aufnahme vollständig auszufüllen und am Aufnahmetag dem aufnehmenden Arzt in unserer Klinik zu geben.

Selbstverständlich werden diese Daten vertraulich behandelt und unterliegen den üblichen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Natürlich sind Ihre Angaben freiwillig! Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Unter <https://www.paracelsus-kliniken.de/roswitha-klinik.html> finden Sie Informationen zu unserem Behandlungsangebot, allgemeine Hinweise und zwei Broschüren zum Thema »Rehabilitation« (»Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft«, »Mit Rehabilitation wieder fit für den Job«) auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung.

Mit freundlichen Grüßen



Rüdiger Reise
Chefarzt
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
Suchtmed. Grundversorgung

Mein vollständiger Name und meine vollständige Anschrift:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Email: _____

Telefon-Nr.: _____

Name und Anschrift meiner nächsten Angehörigen, die im Notfall informiert werden dürfen:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____

Name meiner Krankenkasse und Anschrift der zuständigen Geschäftsstelle:

Name: _____

Anschrift: _____

Name und Anschrift meines behandelnden Arztes:

Name: _____

Anschrift: _____

Meine Rentenversicherung und Rentenversicherungs-Nummer:

Deutschen Rentenversicherung Bund/ Berlin (DRV Bund)

Deutschen Rentenversicherung Braunschweig/ Hannover (DRV BS/H)

Andere: _____

Versicherungs-Nr. _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

**Behandlungsvertrag
über die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen**

Paracelsus Roswithaklinik

zwischen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Postleitzahl

Wohnort des Patienten

Straße und Haus-Nr.

und

Paracelsus Roswithaklinik

als Rechtsträger der Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim GmbH, Dehneweg 6, 37581 Bad Gandersheim

über die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen (stationär, teilstationär und ambulant) zu den in den derzeit geltenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) niedergelegten Bedingungen der Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim GmbH.

Hinweis:

Für den Fall, dass die Behandlungskosten nicht durch einen Sozialleistungsträger oder einen sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträger oder eine private Zusatzversicherung übernommen werden, ist der Patient ganz oder teilweise selbst zur Zahlung des Entgeltes für die Klinikleistungen verpflichtet.

Die o.g. Paracelsus-Einrichtung rechnet die Behandlungskosten bei gesetzlich Versicherten direkt mit dem zuständigen Kostenträger ab. Etwaige Eigenanteile und Zuzahlungen, die der Patient nach gesetzlichen Vorschriften zu tragen hat, werden dem Patienten gesondert berechnet.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Klinikmitarbeiters

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Sorgeberechtigter / Betreuer:

Name, Vorname und Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Empfangsbestätigung

Ich bestätige hiermit, jeweils eine Ausfertigung

- des Behandlungsvertrages
- der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- der Einwilligung in die Datenübermittlung an Ärzte und sonstige Vor- und Weiterbehandler
- der Information gegenüber Patienten im Klinikbereich Reha auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO
- der Patienteninformation und Einwilligung in das Entlassmanagement
- der Hausordnung

erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Vertreters

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Damen und Herren,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der ab dem 25.05.2018 geltenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu informieren. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie als Rehabilitand/in im Hinblick auf den Datenschutz haben.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co.KGaA i. I.
Sedanstr. 109, 49076 Osnabrück
TEL: 0541 66920 Mail: info@paracelsus-kliniken.de
Gesetzlicher Vertreter:
Michael Schlickum

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Sedanstraße 109, 49076 Osnabrück
TEL: 0541 66920 Mail: datenschutz@paracelsus-kliniken.de

Kategorien der verarbeiteten personenbezogenen Daten

Zur Durchführung Ihrer Behandlung in der Klinik werden personenbezogene Daten in Form von Verwaltungsdaten (z.B. Name, Geburtsdatum und Kontaktdaten) sowie von notwendigen medizinischen Daten (z.B. Diagnosen, Befunde und Therapien) verarbeitet. Auch Daten zu eventuellen Begleitpersonen, Angehörigen oder zu Ihren behandelnden Ärzten werden gespeichert.

Zweck der Verarbeitung Ihrer Daten

Der Begriff der „Verarbeitung“ umfasst jeglichen Umgang mit den Daten, wie die Erhebung, Speicherung, Verwendung und Übermittlung.

Für die Durchführung Ihrer Reha-Leistung ist insbesondere die Verarbeitung Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen und therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen notwendig. In diesem Zusammenhang wird auch ein medizinischer Entlassungsbericht erstellt, sowie Daten zur Qualitätssicherung verarbeitet. Ihre Daten können für eine soziale Betreuung und zum Entlassmanagement in der Klinik erforderlich sein.

Daten werden jedoch auch für die verwaltungsmäßige Abwicklung Ihrer Reha-Leistung benötigt. Hierbei geht es vor allem um die Organisation Ihres Klinikaufenthaltes (Zimmerzuteilung, Terminplanung), die Abrechnung, sowie um die Geltendmachung, Ausübung und Verteidigung von Rechtsansprüchen durch die Klinik, usw.

Ferner werden Daten zum Zweck der Aus- und Fortbildung von Ärzten und von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens und zur Forschung verwendet.

Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die notwendigen Daten bekommen wir hauptsächlich vom Kostenträger der Reha-Leistung, also insbesondere vom Rentenversicherungsträger.

Daneben erheben wir grundsätzlich die Daten bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Institutionen, wie z.B. von niedergelassenen Ärzten oder Fachärzten Daten anfordern.

Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an Ihrer Behandlung beteiligten Personen in unseren Kliniken haben Zugriff auf Ihre Daten. Hierzu gehören auch Ärzte, ärztliches Personal und Pflegepersonal anderer Abteilungen bzw. Fachbereiche im Rahmen der fachübergreifenden Behandlung. Zur verwaltungsmäßigen Abwicklung der Reha-Leistung haben auch Mitarbeiter der Verwaltung im Rahmen ihrer Zuständigkeit Zugriff auf Ihre Daten.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch die Reha-Klinik

Die Kliniken führen für Sie die Reha-Leistung durch. Voraussetzung hierfür ist die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Die Verarbeitung von Rehabilitandendaten in der Reha-Klinik ist aus Datenschutzgründen nur zulässig, wenn eine gesetzliche Grundlage dies erlaubt oder Sie als Rehabilitand/in hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind die Artikel 6 und 9 der DSGVO, die ausdrücklich regeln, dass Gesundheitsdaten (Daten von Rehabilitanden) verarbeitet werden dürfen. Ergänzend finden sich Grundlagen im deutschen Recht, unter anderem im sechsten, neunten und zehnten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB), aber z.B. auch in den §§ 630a ff Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

Daneben sind Datenverarbeitungen in den Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung hierzu erklärt haben.

Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen unter Beachtung der Zweckbindung bzw. aufgrund Ihrer Einwilligung an andere Stellen weitergeleitet bzw. übermittelt.

Als derartige Empfänger kommen insbesondere in Betracht:

- der Kostenträger Ihrer Reha-Leistung (z.B. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Berufsgenossenschaft..)
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- Gesetzliche Krankenkassen

- Behandelnde Haus- und Fachärzte, soweit von Ihnen gewünscht
- Betriebs- oder Werksärzte im Rahmen besonderer Vereinbarungen
- Weitere Stellen (z.B. private Lebensversicherungen), wenn Sie hierfür eine Einwilligung abgegeben haben
- Externen Dienstleister für Unterstützungsleistungen (z.B. Fremdlabore, externen Schreibdienste)
- Gemeinsam betriebene Rechenzentren der Rentenversicherungsträger oder andere Rentenversicherungsträger im Rahmen der Zusammenarbeit im IT-Bereich
- Kommunen zur Erhebung des Kurbeitrages
- Wartungsfirmen für IT-Geräte und medizinische Geräte

Diese Stellen erhalten aber nur bestimmte Daten und nur im gesetzlich vorgeschriebenen bzw. im erforderlichen Umfang. Besonders bei externen Dienstleistern wird durch Verträge sichergestellt, dass da von uns selbst gewährleistete Datenschutzniveau auch von diesen Stellen eingehalten wird.

Eine Übermittlung an bestimmte, vor allem staatliche, Stellen (z.B. Polizei, Gesundheitsamt bei meldepflichtigen Krankheiten) kann darüber hinaus aufgrund besonderer Rechtsvorschriften erlaubt bzw. vorgeschrieben sein.

Empfänger der Daten sind auch interne Stellen der Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co.KGaa (z.B. Verwaltung, IT, Qualitätsmanagement) zur Durchführung ihrer Aufgaben. Mit dem Versand der Unterlagen an die Klinik bestätigen Sie außerdem, dass Ihnen das Risiko bewusst ist, dass Daten, die per Email versendet werden, theoretisch abgefangen werden können, und Sie damit einverstanden sind.

Dauer der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Klinik ist gem. §§ 630a ff BGB bzw. nach der ärztlichen Berufsordnung dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kommt die Reha-Klinik in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nach.

Grundsätzlich ist für medizinische Dokumentationen eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren vorgeschrieben. Daneben gibt es weitere spezielle gesetzliche Regelungen, z.B. die Röntgenverordnung (RöV), mit besonderen Aufbewahrungsfristen. Darüber hinaus bewahrt die Klinik Patientenakten im Einzelfall auch aus Gründen der Beweissicherung bis zu 30 Jahre lang auf. Auch für Verwaltungsvorgänge gibt es verschiedene gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfristen (z.B. Steuerrecht).

Soweit es keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gibt oder diese abgelaufen sind, werden die Daten datenschutzkonform vernichtet, sobald die Zwecke für die Aufbewahrung wegfallen.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sogenannte datenschutzrechtliche Betroffenenrechte zu. Diese Rechte können Sie gegenüber der Klinik geltend machen. Hierzu gehören:

- Recht auf Auskunft, Art. 15 DSGVO
Sie haben das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten.
- Recht auf Berichtigung, Art. 16 DSGVO
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 DSGVO
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 und gesetzliche Aufbewahrungspflichten einer Löschung nicht entgegenstehen.
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DSGVO
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 die Datenverarbeitung, Art. 21 DSGVO
Im Rahmen dieser Vorschrift haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung

Widerruf erteilter Einwilligungen

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf Ihrer Einwilligung beruht, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. 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.

Pflicht zur Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Durchführung Ihrer Reha-Leistung erforderlich. Soweit der Kostenträger Ihrer Maßnahme ein Sozialleistungsträger ist, sind Sie nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches zur Mitwirkung verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung können wir unter Umständen die Reha-Leistung nicht durchführen.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist.

Diese Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten
(bei Minderjährigen: Sorgeberechtigte/-r)

.....
Ich handle als Berechtigter/Vertreter

Ausführliche Hinweise zum Datenschutz erhalten Sie unter www.paracelsus-kliniken.de/datenschutz.

EINWILLIGUNG IN DIE ERSTELLUNG UND VERWENDUNG VON FOTOS FÜR DIE PATIENTENAKTE

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

erkläre mich hiermit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung in der Paracelsus Roswitha-Klinik Bad Gandersheim, ein Foto von mir für die Patientenakte angefertigt wird.

Das Foto wird zum Zwecke der internen Dokumentation in der Patientenakte und zur einfachen Identifikation des Patienten durch die Mitarbeiter der Klinik genutzt.

Die gemachten Fotos werden nicht veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben.

Rechtsgrundlage ist die ausdrücklich erteilte Einwilligung der/des Abgebildeten in die Datenverarbeitung gem. Artikel 6 Absatz 1 lit. a) der DSGVO.

Wichtige Hinweise: Ihre Einwilligung ist selbstverständlich freiwillig und Sie können sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Verantwortlichen widerrufen. Wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen möchten, wird dies keinerlei Konsequenzen im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung haben. Im Falle eines Widerrufs werden wir das Fotos unverzüglich löschen.

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten als betroffene Person finden Sie unter:

https://www.paracelsus-kliniken.de/wp-content/uploads/Datenschutz-Erklaerung-Internet-Patienten_2018-1.pdf

.....
Ort, Datum

.....
Ich handele als Vertreter/in mit Vertretungsmacht:

.....
Unterschrift der/des Abgebildeten

.....
Unterschrift der Vertreterin/ des Vertreters