REISACH KLINIKEN

PSYCHOSOMATIK & PSYCHOTHERAPIE

Liebe*r Patient*in,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserer Klinik! Bitte beantworten Sie folgende Fragen möglichst konkret, damit wir Ihre Behandlung vorbereiten und mögliche Schwerpunkte der Therapie vorsehen können.

A) Persönliche Daten

Name: _____ E-Mail: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon mobil: _____ Beruf: _____

Geschlecht: ❒ männlich ❒ weiblich ❒ divers
Status bei Trans- / Intersexualität: Geschlechtsangleichende Operation erfolgt? ❒ ja ❒ nein

B) Versicherung

Gesetzliche Krankenversicherung: _____

ggf. private Zusatzversicherung: _____

❒ Einbettzimmer ❒ Zweibettzimmer ❒ Chefarzt-Behandlung

oder

Private Krankenversicherung: _____

❒ Einbettzimmer ❒ Zweibettzimmer ❒ Chefarzt-Behandlung

ggf. Beihilfe: _____

❒ Einbettzimmer ❒ Zweibettzimmer ❒ Chefarzt-Behandlung

C) Behandler*innen

Facharzt/Fachärztin: Name, Adresse, Telefon nicht vorhanden ❒

_____

_____

Psychotherapeut*in: Name, Adresse, Telefon nicht vorhanden ❒

_____

_____

Hausarzt/Hausärztin: Name, Adresse, Telefon nicht vorhanden ❒

_____

_____

D) Sozialmedizinische Situation

Augenblicklich:

❑ berufstätig ❑ arbeitsunfähig seit_____ ❑ arbeitslos seit_____

❑ berentet ❑ unbefristet berentet ❑ befristet berentet bis _____

Im Verlauf einer längeren Erkrankung kann von Behandler*innen oder Versicherungen empfohlen werden, einen Rentenantrag zu stellen. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt oder planen Sie, einen Rentenantrag zu stellen?

❑ ja ❑ nein ❑ noch unschlüssig

Wir weisen darauf hin, dass wir als psychosomatische Akutklinik nur zu Erkrankungen Stellung nehmen können, jedoch keine Einschätzung bezüglich einer bestehenden Arbeitsfähigkeit über den stationären Aufenthalt hinaus abgeben und auch bei der Durchführung eines Rentenverfahrens nicht hilfreich sein können.

Haben Sie eine*n gesetzliche*n Betreuer*in?

❒ nein ❒ ja Wenn ja, für welche/n Bereich/e? _____

Aktenzeichen: _____ Name: _____

Telefonnummer: _____

Haben Sie laufende Rechtsstreitigkeiten?

❒ nein ❒ ja Wenn ja, welche? _____

E) Fragen zur Aufnahme

1. Aufgrund welcher im Vordergrund stehenden Schwierigkeit streben Sie einen Aufenthalt in unserer Klinik an? Aktueller Konflikt? (in Stichpunkten)

_____

_____

2. Waren/sind Sie in **psychotherapeutischer Behandlung (PT)** oder **psychiatrischer Behandlung (PS)?**

ambulant
❒ nein ❒ ja, folgende:

❒ **PT** ❒ **PS** von _____ bis _____ Diagnose(n) _____

❒ **PT** ❒ **PS** von _____ bis _____ Diagnose(n) _____

PT Frequenz: wöchentlich ❒ alle 2 Wochen ❒ monatlich ❒ seltener ❒

stationär
❒ nein ❒ ja, folgende:

❒ **PT** ❒ **PS** von _____ bis _____ Diagnose(n) _____

❒ **PT** ❒ **PS** von _____ bis _____ Diagnose(n) _____

3. Wurde in der Vergangenheit die Diagnose einer Psychose gestellt? (z.B. Schizophrenie, manische Psychose)

❒ nein ❒ ja, folgende _____

4. Liegen bei Ihnen behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen oder sonstige körperliche Besonderheiten / Einschränkungen vor?

_____

5. Gab es stationäre Behandlungen oder Operationen?

❑ nein ❑ ja

Diagnose(n)_____Jahr_____

Diagnose(n)_____Jahr_____

Diagnose(n)_____Jahr_____

Diagnose(n)_____Jahr_____

6. Hat es bei Ihnen in der *Vergangenheit* folgende Beschwerden oder Erkrankungen gegeben?

Allergien	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Herz	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Blutgefäße	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Schilddrüse	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Lunge	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Nieren und Harnblase	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Leber/Galle	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Magen/Darm	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Augen	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Haut	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Wirbelsäule/Gelenke	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Neurologische Erkrankungen, z.B. Schlaganfall	❑ nein	❑ ja	folgende: _____
Krebserkrankungen	❑ nein	❑ ja	folgende: _____

7. Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein (z.B. Immunsuppressiva, sog. Biologicals, Antikörper)? Bitte vollständige Aufzählung! Menge? Seit wann? Wir weisen darauf hin, Ihre Medikamente bitte selbst mitzubringen!

Ich nehme keine Medikamente ❑

Medikamentenname und Dosis	**Einnahmezeitpunkt und Anzahl**	**seit**
z.B. MetoHexal 95 mg	1-0-0-0	Mai 2022
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. Gibt es nachgewiesene Allergien (z.B. Hausstaubmilben) (z.B. Laktose, Gluten)?

❒ nein ❒ ja, folgende _____

8.1. Nahrungsmittelunverträglichkeiten

❒ nein ❒ ja, folgende _____

Bei Nahrungsmittelunverträglichkeit lassen Sie uns bitte ein Attest zukommen.

9. Wünschen Sie vegane Kost? ❒ ja ❒ nein

10. Sind Sie vertraut mit unserem Behandlungskonzept, insbesondere unseren besonderen **Therapeutischen Vereinbarungen?** Sinn dieser Vereinbarungen ist es, die therapeutische Arbeit zu unterstützen. Zu diesen Vereinbarungen zählen für die Dauer des stationären Aufenthalts der **Verzicht auf** Alkohol, Nikotin, Drogen, erotische Annäherungen, sexuelle Kontakte, exklusive Zweierbeziehungen, Gewalt sowie Medienkonsum.

❒ ja ❒ nein

11. Können Sie sich auf diese Vereinbarungen einlassen?

❒ ja ❒ nein

12. Wo erwarten Sie für sich die meisten Herausforderungen?

_____

13. Bitte beschreiben Sie Ihre 3 Behandlungsziele möglichst konkret! (2-3 Sätze)

_____

_____

14. Sehen Sie Probleme in Ihrem Essverhalten? (z.B. Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten, Einnahme von Appetitzüglern) Beschreiben Sie dies bitte!

_____

_____

15. Größe _____ cm aktuelles Gewicht _____ kg

16. Wie oft trinken Sie Alkohol?

❑ nie, ich bin abstinente*r Alkoholiker*in

❑ nie

❑ einmal im Monat oder seltener

❑ zwei- bis viermal im Monat

❑ zwei- bis dreimal pro Woche

❑ viermal pro Woche oder öfter

17. a) Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (ein Glas Alkohol entspricht ein Glas/Dose Bier 330ml, 1/8 Liter Wein/Sekt, ein Glas Hochprozentiges 2cl)

❑ Ich trinke nie Alkohol
❑ 1 – 2 Glas
❑ 3 – 4 Glas
❑ 5 – 6 Glas
❑ 7 – 9 Glas
❑ 10 oder mehr Glas

b) Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit, z.B. beim Abendessen, auf einer Party? (ein Glas Alkohol entspricht ein Glas/Dose Bier 330ml, 1/8 Liter Wein/Sekt, ein Glas Hochprozentiges 2cl)

❑ nie
❑ einmal im Monat oder seltener
❑ zwei- bis viermal im Monat
❑ zwei- bis dreimal pro Woche
❑ viermal pro Woche oder öfter

18. Rauchen Sie? ❒ nein ❒ ja → Wie viele Zigaretten täglich? _____ Stück

19. Haben Sie in der Vergangenheit geraucht? ❒ nein ❒ ja → Wie viele Zigaretten täglich? ___ Stück

20. Gab es in Ihrem Leben Zeiten, in denen Sie Drogen genommen haben?

❑ nein ❑ ja, folgende Drogen _____

21. Konsumieren Sie aktuell Drogen (z.B. Cannabis, Ecstasy, Kokain, Morphinpräparate o.ä.)?

❑ nein ❑ regelmäßig ❑ gelegentlich

folgende Drogen: _____

22. Haben Sie Erfahrung mit Selbsthilfegruppen?

❒ nein ❒ ja

Wenn ja, mit welchen? _____

23. Haben Sie sich schon mehrfach absichtlich körperlich verletzt?

❒ nein ❒ ja

Wenn ja,
wie häufig / Frequenz? _____

auf welche Art und Weise? _____

wann zuletzt? _____

an welchen Körperstellen? _____

War eine ärztliche Behandlung notwendig? _____

24. Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken?

❒ nein ❒ ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

25. Haben Sie schon Selbstmordversuche unternommen?

❒ nein ❒ ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

auf welche Art? _____

F) Weitere Fragen zum Ankreuzen:

Die folgenden Fragen brauchen Sie nur mit Ja oder Nein beantworten. Es kann sein, dass keine oder nur wenige dieser Fragen Ihre persönliche Situation beschreiben. Lassen Sie sich davon nicht beirren. Bitte machen Sie jeweils nur ein Kreuz in das für Sie zutreffende Kästchen.

		Ja	**Nein**
1. Haben Sie in den letzten Jahren sehr oft die Arbeit gewechselt oder mehrfach eine Ausbildung begonnen, die Sie dann nicht beendet haben?		❑	❑
2. Sind Sie durch Ihre persönlichen Schwierigkeiten bisher in Ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Laufbahn weit hinter Ihren Möglichkeiten geblieben?		❑	❑
3. Hatten Sie häufig sexuelle Beziehungen zu Personen, zu denen Sie kaum persönliche Beziehungen hatten?		❑	❑
4. Haben Sie Schwierigkeiten mit…	Alkohol?	❑	❑
	Medikamenten?	❑	❑
	Essen?	❑	❑
	Drogen?	❑	❑
5. Sind Sie verzweifelt über den dauerhaften Wechsel und die Austauschbarkeit von Ängsten, Zwängen oder Süchten?		❑	❑
6. Haben Sie fast ständig ein schier unerträgliches Gefühl von Einsamkeit oder innerer Leere?		❑	❑

	Ja	Nein
7. Spüren Sie häufig einen abgrundtiefen Selbsthass, sodass Sie an Ihrem Recht zweifeln, überhaupt zu existieren?	❑	❑
8. Spüren Sie oft eine Kränkung oder einen Ärger gar nicht und explodieren hinterher gegenüber einer anderen Person?	❑	❑
9. Haben Sie manchmal das Gefühl…		
auseinanderzufallen?	❑	❑
sich aufzulösen?	❑	❑
zu erstarren?	❑	❑
10. Kennen Sie den Zustand, dass Sie etwas tun, nur um zu spüren, dass Sie da sind?		
z.B. weiterreden, um sicher zu sein, dass Sie existieren	❑	❑
sich selbst verletzen	❑	❑
etwas Aggressives tun	❑	❑
11. Haben oder hatten Sie merkwürdige Erlebnisse, die Sie sich nicht erklären können?		
z.B. merkwürdige Geräusche, Bilder oder Gestalten tauchen auf	❑	❑
jemand beobachtet, kontrolliert oder beeinflusst Sie	❑	❑
andere merkwürdige unbeschreibliche Dinge	❑	❑
12. Gehört es zu Ihren Erfahrungen, dass Sie sich in engen Beziehungen mit einem schnellen Wechsel von starken Gefühlen erleben, wie z.B.		
zerstörerische Wut?	❑	❑
panische Angst?	❑	❑
totales Ausgeliefertsein?	❑	❑
13. Brechen Sie immer wieder Kontakte zu Menschen ab, die Ihnen zuerst großartig erscheinen, vielleicht weil diese einen Fehler gemacht oder Sie enttäuscht haben?	❑	❑
14. Können Sie Ihre wichtigsten Bezugspersonen indirekt dazu bringen, das zu tun, was Sie wollen, indem Sie…		
z.B. Schmerzen vorgeben?	❑	❑
mit Worten provozieren?	❑	❑
mit Handlungen provozieren?	❑	❑
sich aus dem Kontakt ziehen?	❑	❑

G) Situationsbericht

Bitte schildern Sie uns in einem separaten 1-2-seitigen Situationsbericht die Schwierigkeiten, die zu Ihrem Aufnahmewunsch führen.

H) Einverständnis

Sind Sie damit einverstanden, dass wir bei weiteren Fragen Ihre unter Punkt III) genannten Behandler*innen kontaktieren?

❑ ja ❑ nein

Können im Falle eines Wechsels zu der mit uns verbundenen Schwester-Klinik sämtliche, im Rahmen des vorstationären Verfahrens erhobenen und zur Prüfung der Indikation erforderlichen, personenbezogenen Patient*innendaten an diese weitergeleitet werden?

❒ ja ❒ nein

Ich entbinde die Reisach Kliniken zu diesem Zweck wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift _____

Gibt es Familienangehörige, denen gegenüber Sie uns von der Schweigepflicht entbinden möchten (z.B. Ehepartner*in, Eltern, Kinder)?

❑ nein ❑ ja:_____(Name, Geburtsdatum)

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie per E-Mail kontaktieren?

❑ ja ❑ nein, ich möchte nur per Post/telefonisch kontaktiert werden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Datum, Unterschrift_____

Kurzbefund

Liebe Behandlerin, lieber Behandler,

mit diesem Kurzbefund möchten wir es Ihnen erleichtern, uns ein Bild vom derzeitigen Zustand Ihres Patienten/Ihrer Patientin zu zeichnen. Bitte füllen Sie alle Felder aus, auch wenn nicht zutreffend.

Angaben zum Behandler/zur Behandlerin
(Name und Adresse, Praxisstempel, Unterschrift, Datum):

Telefonnummer für Rückfragen:

Angabe zum Patienten/zur Patientin

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Diagnose(n)

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

Beispiel:

Fxx.x	Genaue Bezeichnung der F-Diagnose
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Begründung der stationären Behandlung

❒ akute Krise ❒ Verschlechterung ❒ Abstand vom häuslichen und beruflichen Umfeld

❒ ambulante Psychotherapie zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausreichend oder möglich

❒ Chronifizierungsgefahr ❒ Sonstiges_____

Aktuelle Einschätzung von Suizidalität und/oder selbstverletzendem Verhalten:

Gab es frühere Suizidversuche?

Hinweise auf psychotisches Erleben (anamnestisch oder aktuell): ❒ ja ❒ nein

Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung? ❒ ja ❒ nein

Suchtanamnese

❒ stoffliche Süchte, folgende_____

❒ Verhaltenssüchte, folgende _____

❒ Essstörung, folgende _____

❒ unauffällig

Ist Ihr Patient/Ihre Patientin abstinenzfähig? ❒ ja ❒ nein

Ambulante Psychotherapie

❒ ja seit:

❒ nein Welche Versuche wurden bisher unternommen, um einen ambulanten Therapieplatz zu erhalten? (z.B. Sprechstunde, Probatorische Sitzungen, Wartelisten?)

Bitte konkret_____

Medikamente

Nimmt Ihr Patient/Ihre Patientin aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein?

❒ ja ❒ nein

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

Name des Medikaments:	Dosis:	Seit wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Möchten Sie uns kurz die wichtigsten Therapieziele Ihres Patienten/Ihrer Patientin aus Ihrer Sicht mitteilen?

Möchten Sie uns sonst noch etwas zu Ihrem Patienten/Ihrer Patientin mitteilen?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Ihre Angaben sind für uns sehr hilfreich.
Ihre Aufnahmeabteilung

Gewaltverzicht

Manche Menschen reagieren unter emotionaler Belastung mit Androhung oder Ausübung von Gewalt gegenüber Menschen oder Gegenständen. Dieses Verhalten ist in unserer Klinik nicht möglich und würde zum sofortigen Abbruch der Behandlung führen.

Wir bitten Sie, sich uns gegenüber mit Ihrer Unterschrift zu verpflichten, während Ihres Aufenthalts im Hause weder Gewalt anzudrohen noch auszuüben, sei es gegen Menschen oder Dinge. Dies schließt jegliche Art von verbaler Gewalt und Beschimpfungen ein sowie jede Sachbeschädigung.

Gewaltverzichtserklärung

Ich verpflichte mich, während meines Aufenthaltes in der Adula Klinik weder Gewalt anzudrohen noch auszuüben, sei es gegen Menschen oder gegen Dinge.

Name _____

_____ _____

Ort / Datum Unterschrift

Therapeutische Vereinbarungen

Unsere Therapeutischen Vereinbarungen sind grundlegender Rahmen unseres Therapieangebotes.

Es geht darum, auf Dinge, die wir in unserem Alltag - oft automatisch und unbewusst – zur Ablenkung und Zerstreuung oder zum Spannungsabbau verwenden, für die Dauer des Therapieaufenthaltes zu verzichten. Dadurch schaffen wir Raum für neue Erfahrungen und kommen mehr in Kontakt mit unserem inneren Erleben. Die Erfahrung zeigt, dass wir auf diese Weise sehr viel schneller und effektiver mit den dahinterliegenden wirklichen Gefühlen und Bedürfnissen in Kontakt kommen. So ist die Arbeit mit den Therapeutischen Vereinbarungen ein Schritt in Richtung Bewusst-Sein über sich selbst: „Wie gehe ich mit meinen Gefühlen um?“, „Welches sind meine wirklichen Bedürfnisse?“.

Mit dem Verzicht auf Ablenkung können uns natürlich auch schmerzliche, wütende oder andere Gefühle bewusstwerden. Zentral für unser Therapiekonzept ist, dass wir Sie damit nicht alleine lassen, sondern Sie in diesen Prozessen liebevoll therapeutisch begleiten und dabei unterstützen, neue und konstruktive Verhaltensweisen auszuprobieren und einzuüben.

Der Verzicht auf gewohnte Verhaltensweisen ist manchmal eine große Herausforderung – sich auf dieses „Abenteuer“ einzulassen ist wesentlicher Bestandteil unserer Behandlung und schafft eine gute Voraussetzung, auf dem Heilungsweg voranzuschreiten.

Als Grundlage unserer gemeinsamen Arbeit und als **verpflichtende Vereinbarung** verstehen wir Folgendes:

Ich verzichte während des gesamten Aufenthaltes …

1. auf den Konsum von Alkohol (auch alkoholfreies Bier), auf Nikotin und Drogen inkl. Cannabis und Cannabinoid-Zubereitungen aller Art sowie Schlaftabletten
2. auf erotische Annäherungen und sexuelle Kontakte sowie auf exklusive Zweierbeziehungen
3. auf technischen/elektronischen Medienkonsum; Mein Smartphone lasse ich komplett ausgeschaltet im Safe. Andere Geräte wie Tablet oder Laptop lasse ich zuhause. Smartphone-Nutzung nur in unbedingt notwendigen Fällen nach der Therapiezeit und am Wochenende, wenn erforderlich ab Samstag 12 Uhr bei Außenaktivitäten.
4. auf Gewalt, auch auf verbale Gewalt
5. sowie auf alle Verhaltensweisen, die mich von meinen Gefühlen ablenken und den therapeutischen Prozess damit unterbinden (z.B. Glückspiel, exzessiver Sport etc.).

Für manche der Patient*innen ist es auch wichtig in der Therapie „Vertragsarbeit“ bzgl. des Verzichts auf weitere selbstschädigende Verhaltensweisen zu leisten, d.h. gemeinsam mit der/dem jeweiligen Bezugstherapeut*in wird in diesem Fall ein individueller Therapievertrag erarbeitet.

Für alle Patient*innen gilt, dass sie während der ersten 6 Tage die Klinik nur in der Gruppe und in die direkte Klinikumgebung verlassen sollen. Besuche von Meetings und Gottesdiensten außerhalb der Klinik und die Wanderung für neue Patient*innen/Patenwanderung sind zusammen mit anderen Patient*innen möglich. Ab dem 7. Tag des Aufenthaltes ist das Verlassen der Klinik zu den üblichen Bedingungen (s. Hausordnung) möglich.

Ich erkläre mich mit dem oben Gelesenen einverstanden.

_____	_____	_____
Datum	Name, Vorname	Unterschrift

Darüber hinaus gibt es zu Beginn der Therapie die freiwillige Möglichkeit des Kontaktverzichtes:

Für diesen Fall gilt nach Rücksprache mit der/dem Bezugstherapeut*in: Die Neuangereisten verzichten in den ersten 10 Tagen auf den Kontakt zu Angehörigen und Freund*innen, soweit dies möglich ist, d.h. keine Briefe, Telefonate oder Besuche. Dies gilt **nicht** für Eltern von Kindern unter 15 Jahren.

Unserer Erfahrung nach ermöglicht dies einen schnelleren und gezielteren Einstieg in den Therapieprozess und die Therapeutische Gemeinschaft. Dies kann im Erstkontakt mit der/dem Bezugstherapeut*in besprochen werden.

ADULA KLINIK
OBERSTDORF

Kostenübernahmeerklärung Kurbeitrag

Name
Anschrift
Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich, dass ich als Selbstzahler*in die Kosten für den Kurbeitrag in Höhe von 4,70 € pro Behandlungstag für die gesamte stationäre Behandlung übernehme. Der Kurbeitrag wird unmittelbar nach Anreise im Lastschriftverfahren fällig.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Wichtige Information:

Übernachtungsgäste in Oberstdorf sind kurbeitragspflichtig. Dabei ist es ohne Bedeutung, ob die Personen Gast in einer Klinik oder in einem Hotel sind. Der Vorteil für unsere Patient*innen:

In der Kalenderwoche der Anreise bekommen unsere Patient*innen via E-Mail einen **Allgäu Walser Pass** zugesendet, hier ist ein Mobilpass für das ganze Allgäu inkludiert. Sprich kostenfreie Mobilität!

Der **QR-Code** des Allgäu Walser Pass ist *zwingend erforderlich* für die Nutzung aller Vergünstigungen.

Bitte die E-Mail nicht löschen – gerne unterstützen wir euch beim Hochladen. Der Absender der Mail ist der Allgäu Walser Service, nicht die Adula Klinik.

REISACH KLINIKEN
PSYCHOSOMATIK & PSYCHOTHERAPIE

Nur für gesetzlich versicherte Patient*innen

Information bzgl. der elektronischen Patientenakte (Epa) in der ab 15.01.2025 geltenden Fassung („ePA für alle“)

(gemäß §§ 346, 347, 348 SGB V)

Liebe*r Patient*in,

diese Information betrifft Dich, wenn Du eine elektronische Patientenakte (ePA) hast. Die ePA ist eine Akte, die alleine Deiner Verantwortung unterliegt. Dies bedeutet, dass alleine Du darüber entscheidest, ob Informationen in Deiner ePA gespeichert werden, wer diese einsehen und darauf zugreifen darf und ob Informationen gelöscht werden.

Speicherung besonders wichtiger Informationen, es sei denn, Du widersprichst

Sofern Du bereits eine EPA nutzt, teile uns dies bitte mit. Wir werden einige Informationen Deiner aktuellen Behandlung, die besonders wichtig sind, in Deiner ePA speichern. Dazu musst Du uns nicht auffordern. Wir erledigen dies automatisch für Dich. Dies betrifft unter anderem folgende Informationen Deines aktuellen Aufenthalts bzw. Deiner aktuellen Behandlung bei uns:

- Daten zu Laborbefunden
- Befundberichte aus ärztlichen Untersuchungen und Maßnahmen
- Entlassbriefe / Arztbriefe
- Den elektronischen Medikationsplan

Dasselbe gilt, wenn uns Informationen aus vorangegangenen Behandlungen in unserer Klinik vorliegen und es uns im Hinblick auf Deine weitere medizinische Versorgung als sinnvoll erscheint, diese ebenfalls in Deiner ePA zu speichern.

Solltest Du eine Übermittlung und Speicherung dieser Informationen in Deiner ePA nicht wünschen, werden wir diese selbstverständlich nicht vornehmen. Bitte teile uns dies mit. Vielen Dank!

Übermittlung und Speicherung weiterer Informationen in die ePA auf Deinen Wunsch

Solltest Du wünschen, dass über die oben genannten Informationen hinaus weitere Informationen in Deiner ePA gespeichert werden, teile uns dies bitte mit! Sofern wir diese Informationen im Rahmen Deiner aktuellen Behandlung erheben und elektronisch verarbeiten, werden wir auch diese in Deiner ePA speichern.

Elektronische Notfalldaten

Auch elektronische Notfalldaten können, sobald dies technisch möglich ist, auf Deiner ePA gespeichert werden. Sollten wir Informationen Deiner Notfalldaten im Rahmen Deiner aktuellen Behandlung ändern, werden wir auch die auf Deiner ePA gespeicherten Notfalldaten ändern.

Elektronischer Medikationsplan

Sollte ein Medikationsplan auf Deiner ePA gespeichert sein und ändern wir Informationen Deines Medikationsplans im Rahmen Deiner aktuellen Behandlung, werden wir auch die geänderten Informationen auf Deiner ePA speichern.

Recht auf Widerspruch, Löschung oder Beschränkung

Du hast das Recht, einer Speicherung von Informationen in Deiner ePA zu widersprechen.

Außerdem kannst Du alle Informationen, die in Deiner ePA gespeichert sind bzw. die von uns eingetragen wurden, selbst löschen.

Statt einer Löschung kannst Du auch die Bearbeitung bzw. Lesbarkeit beschränken. Eine „Beschränkung“ bietet den Vorteil, dass die Informationen in Deiner ePA gespeichert und von Dir genutzt werden, aber nicht von allen bzw. nur von Dir gesehen werden können. Du alleine entscheidest darüber, ob nur Du alle Informationen sehen kannst oder für wen welche Informationen sichtbar sind. Diese Einstellungen kannst Du über Dein Smartphone, Deinen PC, Laptop o.ä. selbst vornehmen.

Später sichtbar gemachte Dokumente

Sollten Informationen Deiner ePA zum Zeitpunkt der Aufnahme in unsere Klinik für uns nicht sichtbar sein, da unser Zugriff beschränkt ist, weisen wir auf Folgendes hin:
Sollten für uns zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht sichtbare Informationen zu einem späteren Zeitpunkt für uns sichtbar gemacht werden, erhalten wir darüber keine Benachrichtigung.

Für weitere Fragen stehen wir Dir gerne zur Verfügung