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

9. 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

10. Können Sie sich auf diese Vereinbarungen einlassen?

❒ ja ❒ nein

11. Wo erwarten Sie für sich die meisten Herausforderungen?

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

14. Größe _____ cm aktuelles Gewicht _____ kg

15. Wie oft trinken Sie Alkohol?

❑ nie, ich bin abstinente*r Alkoholiker*in

❑ nie

❑ einmal im Monat oder seltener

❑ zwei- bis dreimal pro Woche

❑ zwei- bis viermal im Monat

❑ viermal pro Woche oder öfter

16. 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

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

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

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

❑ nein ❑ ja, folgende Drogen _____

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

❑ nein ❑ regelmäßig ❑ gelegentlich

folgende Drogen: _____

21. Haben Sie Erfahrung mit Selbsthilfegruppen?

❒ nein ❒ ja

Wenn ja, mit welchen? _____

22. 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? _____

23. Hatten oder haben Sie Selbstmordgedanken?

❒ nein ❒ ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

24. 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.

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:
F32.1 mittelgradige depressive Episode

_____ _____

_____ _____

_____ _____

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):

Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung? ❒ ja ❒ nein

Suchtanamnese

❒ stoffliche Süchte, folgende_____

❒ Verhaltenssüchte, folgende _____

❒ Essstörung, folgende _____

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
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 <u>freiwillige</u> 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 3,80 € (**ab Anreise 20.12.2025 4,70 Euro**) 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.

Medizinisch-Diagnostisches-Labor
Kempten

Dr. med. Josef Cremer & Dr. med. Matthias Lapatschek
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie,
Virologie und Infektionsepidemiologie; Krankenhaushygiene

Med. Mikrobiologie · TBC Diagnostik · Mykologie · Parasitologie · Hygiene · Infektionsserologie · Immunologie · Hämatologie · Klinische Chemie · Endokrinologie · Molekularbiologie · Virologie · Gelbfieberimpfstelle

allgäuLab

Augartenweg 20
87437 Kempten

T 0831 57141-0
F 0831 57141-38

www.allgaeulab.de
info@allgaeulab.de

Laborinformation zur Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) **22.05.2018**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

hiermit möchten wir Sie über die Ihnen durch die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zustehenden Rechte aufklären und darlegen wie Ihre persönlichen Daten zur Durchführung von Laboruntersuchungen verarbeitet werden.
Für die Datenverarbeitung Verantwortlicher: Verantwortlich für Ihre Daten, die im Zusammenhang mit den für Sie durchgeführten Laboruntersuchungen erhoben werden, ist das Medizinisch-Diagnostische Labor Kempten - Dr. Cremer & Dr. Lapatschek, das durch Sie oder durch einen einsendenden behandelnden Arzt in Ihrem Namen mit der Untersuchung beauftragt worden ist. Den Kontakt zu den Datenschutzverantwortlichen finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite oder telefonisch.

Im Rahmen von Laboruntersuchungen werden folgende Daten verarbeitet und erhoben:

- **Patientenstammdaten (Name, Geschlecht, Alter, Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherung, Versicherungsnummer, Nationalität, ggf. Telefonnummer)**
- **Einsendungsdaten (Einsendender Arzt, Zeitpunkt)**
- **Überweisungsdaten und Daten des Überweisungsscheins (Angeforderte Untersuchungen, Angaben zu Erkrankungen)**
- **Laborwerte der Untersuchungen**
- **Befundungsdaten**
- **Daten zur Befundübermittlung**
- **Abrechnungsdaten**
- **Daten zu ggf. erfolgten Meldungen (bei meldepflichtigen Befunden)**

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung: Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß den Bestimmungen und auf Rechtsgrundlage der DSGVO (isb. Art. 6 Abs. 1b,f & Art. 9), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und weiterer nationaler Gesetze insbesondere aus dem Gesundheits- und Sozialrecht, dem Recht der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, dem ärztlichen Berufsrecht sowie aller weiteren für das Rechtsverhältnis maßgeblichen Gesetze verarbeitet, um den Untersuchungsauftrag zu erfüllen. Grundlage hierfür sind der mit Ihnen geschlossene Behandlungsvertrag und die jeweils anwendbaren krankenversicherungsrechtlichen Abrechnungsvorgaben (EBM bzw. GOÄ). Ihr Behandlungsvertrag mit dem Labor kommt durch Auftragserteilung in Ihrem Namen durch den behandelnden Arzt zustande.

Datenübermittlungen: Kann eine erforderliche Untersuchung nicht direkt im Medizinisch-Diagnostischen Labor Kempten durchgeführt werden, erfolgt eine fachärztliche Überweisung an ein qualifiziertes Partnerlabor. Durch die Überweisung wird in Ihrem Namen ein weiterer Behandlungsvertrag begründet und das empfangende Labor wird zu einem selbständig Verantwortlichen für Ihre personenbezogenen Daten. Im Fall einer nach den gesetzlichen Vorgaben meldepflichtigen Erkrankung oder eines meldepflichtigen Laborwertes muss eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Zu Abrechnungszwecken werden – wenn Sie gesetzlich oder freiwillig gesetzlich versichert sind – Ihre Abrechnungsdaten an Ihre Krankenkasse übermittelt.

Empfänger Ihrer Daten innerhalb der EU: Fallbezogen an den behandelnden Ärzte, Partnerlaboratorien und bei meldepflichtige Befunde an die zuständige Gesundheitsbehörde (s.o.).
Eine Weitergabe an Empfänger außerhalb der EU findet nicht statt.

Einsehbarkeit Ihrer Daten durch Dritte: Im Rahmen von Wartung und Administration an der eingesetzten Informations- und Labortechnik können Ihre Daten während Wartungsmaßnahmen für namentlich unter Schweigepflicht stehende Mitarbeiter der beauftragten, weisungsgebundenen Dienstleister einsehbar sein. Dies sind:

- **OSM Gruppe (bestehend aus lx.mid GmbH und OSM AG; IT mit Laborinformationssystem mit integrierter Software zur Laboranforderung und Befundübermittlung)**
- **Hersteller von Analysegeräten (technische Wartung)**
- **Dienstleister und Anwendungshersteller (Softwarewartung)**

Eine automatische Übermittlung der erhobenen Daten findet nicht statt. Alle an der Verarbeitung beteiligten Systeme stehen am Standort und unter Verwaltung des Labors. Eine Liste der im jeweiligen Auftrag involvierten Drittparteien kann auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

Dauer der Datenspeicherung: Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und eventuell bestehende gesetzliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind.

Ihre Rechte: Sie können jederzeit unter den oben genannten Kontaktdaten Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Daten verlangen. Sie haben außerdem das Recht, die Berichtigung unrichtiger Daten oder – bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen – die Berichtigung, Einschränkung oder Löschung Ihrer Daten zu verlangen. Auch mit sonstigen Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Sie haben außerdem jederzeit das Recht sich bei Problemen an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Eine Liste aller Datenschutzaufsichtsbehörden finden Sie hier:
https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html

Einwilligungserklärung für Patienten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsart, ggf. notwendige Angaben zur Grunderkrankung und Vorbefunde) an das Medizinisch-Diagnostische Labor Kempten - Dr. Cremer & Dr. Lapatschek bzw. an die assoziierte Laborgemeinschaft Allgäuer Ärzte zur Erbringung von Laborleistungen weitergeben darf.

Dies schließt die Weitergabe der Daten und des Untersuchungsmaterials an qualifizierte Partnerlabore ein, für den Fall, dass eine erforderliche Untersuchung nicht direkt im Medizinisch-Diagnostischen Labor Kempten durchgeführt werden kann. Die beauftragten Speziallabore unterliegen ebenfalls den gesetzlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung für privatärztliche oder IGEL-Leistungen durch das leistungserbringende Labor gemäß der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum maximal 1,15-fachen Satz erfolgt.

Die Kosten für die Analysen können telefonisch im Labor erfragt werden (Tel. 0831 / 57 141 -16).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und notwendige persönliche Daten ggf. auf Veranlassung an medizinische Einrichtungen zur Optimierung meiner Behandlung auch elektronisch versendet werden dürfen.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen wiederrufen.

Datum ____.____._____Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten: _____

ADULA-KLINIK-OBERSTDORF
Dr. Reisach GmbH & Co. KG
In der Leite 6
87561 OBERSTDORF
Tel.: 08322/709-0 · Fax. 08322/709-403

Praxisstempel