

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  5 – 6 Glas  
 1 – 2 Glas  7 – 9 Glas  
 3 – 4 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  zwei- bis dreimal pro Woche  
 einmal im Monat oder seltener  viermal pro Woche oder öfter  
 zwei- bis viermal im Monat

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie durch Ihre persönlichen Schwierigkeiten bisher in Ihrer Ausbildung bzw. beruflichen Laufbahn weit hinter Ihren Möglichkeiten geblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie häufig sexuelle Beziehungen zu Personen, zu denen Sie kaum persönliche Beziehungen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Schwierigkeiten mit...		
Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie verzweifelt über den dauerhaften Wechsel und die Austauschbarkeit von Ängsten, Zwängen oder Süchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie fast ständig ein schier unerträgliches Gefühl von Einsamkeit oder innerer Leere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Spüren Sie häufig einen abgrundtiefen Selbsthass, sodass Sie an Ihrem Recht zweifeln, überhaupt zu existieren?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Spüren Sie oft eine Kränkung oder einen Ärger gar nicht und explodieren hinterher gegenüber einer anderen Person?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie manchmal das Gefühl...  |                          |                          |
| auseinanderzufallen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich aufzulösen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu erstarren?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich selbst verletzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| etwas Aggressives tun  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben oder hatten Sie merkwürdige Erlebnisse, die Sie sich nicht erklären können?  |                          |                          |
| z.B. merkwürdige Geräusche, Bilder oder Gestalten tauchen auf  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jemand beobachtet, kontrolliert oder beeinflusst Sie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere merkwürdige unbeschreibliche Dinge  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| panische Angst?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| totales Ausgeliefertsein?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Brechen Sie immer wieder Kontakte zu Menschen ab, die Ihnen zuerst großartig erscheinen, vielleicht weil diese einen Fehler gemacht oder Sie enttäuscht haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Können Sie Ihre wichtigsten Bezugspersonen indirekt dazu bringen, das zu tun, was Sie wollen, indem Sie...   |                          |                          |
| z.B. Schmerzen vorgeben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Worten provozieren?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit Handlungen provozieren?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sich aus dem Kontakt ziehen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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:

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):  ja  nein

Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung?  ja  nein

### Suchtanamnese

stoffliche Süchte, folgende \_\_\_\_\_

Verhaltenssüchte, folgende \_\_\_\_\_

Essstörung, folgende \_\_\_\_\_

Ist Ihr Patient/Ihre Patientin abstinentenzfähig?  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 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.



## 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.

## 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 (insb. 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 krankensicherungsrechtlichen 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.

**Einehbarkeit 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 ik.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](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 widerrufen.

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

ADULA-KLINIK-OBERSTDORF  
Dr. Reisach GmbH & Co. KG  
In der Leite 6  
87561 OBERSTDORF  
Tel: 083 22/709-0 · Fax: 083 22/709 403

Praxisstempel