

Arzt	HO	HT	HV	A	Aa	R	G	?	

## FRAGEBOGEN

Stammdaten des Patienten

Bitte ausfüllen oder ankreuzen soweit bekannt

Name/Vorname d. **Patienten:** \_\_\_\_\_

Strasse + Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ + Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Handy-Nr:



E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Name des **Wohnheimes:** \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



Anschrift der **Bezugsperson**, die über den

Name: \_\_\_\_\_

Entlassungstermin zu informieren ist:

Str./Postf.: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des **Betreuers:**

Name: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Str./Postf.: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des **Hausarztes:**

Name: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Str./Postf.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der **Krankenkasse:**

Name: \_\_\_\_\_

Str./Postf.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Eingruppierung Pflegestufe

0

1

2

3

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_%

Merkzeichen lt. B.-Ausweis: \_\_\_\_\_

**Entbindung von der Schweigepflicht**

*Hiermit befreie ich die mich in der Ruhrtalklinik behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber mit- und nachbehandelnden Ärzten.*

*Der benannte Hausarzt soll einen Entlassungsbericht (EB) erhalten.*

*Mit der Übermittlung von Daten des EB'es an die Krankenkasse / MDK bin ich einverstanden.*

*Sollte die Krankenkasse / MDK den vollständigen EB anfordern bin ich mit der Übersendung ebenfalls einverstanden. Die Hinweise zum EB habe ich zur Kenntnis genommen.*

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum/ rechtsverbindliche Unterschrift)

### **Hinweise zum ärztlichen Entlassungsbericht der DRV**

Mit den nachfolgenden Hinweisen möchten wir Sie darüber informieren, was der ärztliche Entlassungsbericht ist und welchen Zweck die von Ihnen abzugebende Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht auf dem Fragebogen hat.

Der ärztliche Entlassungsbericht ist ein wichtiges Dokument. Er wird von den Ärzten der Rehabilitationseinrichtung nach Abschluss der Rehabilitation für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) erstellt und ist mit einem Arztbrief vergleichbar, wie er Ihnen möglicherweise von einer ambulanten ärztlichen Behandlung oder einem stationären Krankenhausaufenthalt bereits bekannt ist. In ihm wird Ihr Krankheitsverlauf unter Berücksichtigung Ihrer eigenen Angaben (Anamnese), des Aufnahmebefundes, der Diagnostik der therapeutischen Maßnahmen und des Behandlungsergebnisses dokumentiert. Außerdem gibt der Arzt der Rehabilitationseinrichtung eine so genannte sozialmedizinische Beurteilung mit einer Aussage über Ihre Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ab. Bitte fragen Sie beim Abschlussgespräch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung nach dem wesentlichen Inhalt des Entlassungsberichtes, er wird Ihnen die gewünschte Auskunft geben.

Der Entlassungsbericht wird von der DRV Ihrer Rehabilitationsakte beigelegt. Neben den sozialmedizinischen Informationen entnimmt die DRV dem Entlassungsbericht auch Daten, die gegebenenfalls für die Gewährung, Durchführung und Beurteilung weiterer Leistungen zur Teilhabe oder einer Rente wegen Erwerbsminderung von Bedeutung sein können. Diese Angaben werden bei der DRV gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Sozialdatenschutzes. So wie die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung, die während der Behandlung bekannt gewordene Daten nicht ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung an Andere weitergeben dürfen (ärztliche Schweigepflicht), sind auch alle Mitarbeiter der DRV verpflichtet, Ihre Daten geheim zu halten (Sozialgeheimnis).

Aus diesem Grund ist es nicht ohne Weiteres zulässig, dem Arzt, der Sie nach Abschluss der Rehabilitation zu Hause weiter behandeln wird, eine Durchschrift des Entlassungsberichtes zukommen zu lassen. Dies hängt allein von Ihrer Zustimmung ab. Mit Ihrer Unterschrift auf dem Fragebogen (S.1) sind Sie einverstanden, dass Ihr Arzt den Entlassungsbericht erhält.

Der weiter behandelnde Arzt kann aus dem Entlassungsbericht u.a. das Rehabilitationsziel, die letzte Medikation und die therapeutischen Leistungen während der Rehabilitation entnehmen. Gleichzeitig erhält er Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen. Diese Informationen sind für Ihre Nach- und Weiterbehandlung wichtig. Sie sollen dazu dienen, den während der Rehabilitation erzielten Behandlungserfolg zu festigen. Ihr Arzt wird sicherlich bereit sein, bei einem Ihrer nächsten Besuche in der Praxis mit Ihnen ausführlich den Inhalt des Berichtes zu besprechen.

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen (z.B. Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen oder Ersatzkassen) ist vorgesehen, dass nach Abschluss der Rehabilitation die Krankenkasse eine Kurzfassung des ärztlichen Entlassungsberichtes erhält. Es werden darin einige wenige Angaben mitgeteilt. Dazu gehören die Krankheitsbefunde (Diagnosen), Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen und Angaben darüber, ob bei Abschluss der Rehabilitation Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bestand. Die Krankenkasse benötigt diese Daten zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben, um Ihre weitere Betreuung nach Abschluss der Rehabilitation zu übernehmen, z.B. die Zahlung von Krankengeld, wenn Arbeitsunfähigkeit fortbesteht und der Arbeitgeber kein Entgelt weiter zu zahlen hat.

Wie wir Ihnen bereits geschildert haben, darf die DRV und damit auch die Rehabilitationseinrichtung die Daten des ärztlichen Entlassungsberichtes nicht ohne Ihre Einwilligung an Andere weitergeben. Dies gilt auch gegenüber Ihrer Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Auch hier hängt es von Ihrer Einwilligung ab, ob der Krankenkasse oder dem MDK Daten aus dem ärztlichen Entlassungsbericht übermittelt werden. Sollten Sie keine Datenübermittlung wünschen, streichen Sie bitte den Text auf dem Fragebogen (S.1) durch. In diesem Fall empfehlen wir Ihnen jedoch, Kontakt mit Ihrer Krankenkasse aufzunehmen, um mögliche Leistungsnachteile abzuwenden.

Aus Erfahrung wissen wir, dass die Krankenkassen oder der MDK für ihre Aufgabenerfüllung den vollständigen Entlassungsbericht benötigen können. Für den Fall, dass Ihre Krankenkasse oder der MDK mit dieser Bitte an die Rehabilitationseinrichtung herantritt, haben wir im Fragebogen eine Klausel aufgenommen, dass Sie auch mit der Weitergabe des vollständigen Entlassungsberichtes einverstanden sind.

Auch diesen Text können Sie streichen.

Wir möchten ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Übersendung des vollständigen Entlassungsberichtes nur auf entsprechende Anforderung Ihrer Krankenkasse oder des MDK erfolgt. Der Bericht wird **nicht ohne Anforderung** übersandt, nur weil Sie damit einverstanden sind, sondern nur dann, wenn er auch tatsächlich von der Krankenkasse oder dem MDK in Ihren Gesundheitsfragen benötigt wird.

Entscheiden Sie bitte ganz nach Ihren Bedürfnissen. Natürlich ist es schwierig, diese Entscheidung zu treffen, ohne den Entlassungsbericht vorher gesehen zu haben. Sie können aber auf die Angaben des Arztes vertrauen. Sollten Sie Bedenken gegen eine Datenweitergabe haben, sprechen Sie mit den Sie behandelnden Ärzten der Rehabilitationseinrichtung. Sie können Ihre gegebene Zustimmung bis zur Abreise formlos jederzeit widerrufen.

Teilen Sie dies bitte der Rehabilitationseinrichtung und der Deutschen Rentenversicherung mit, damit Ihre Entscheidung berücksichtigt werden kann.

Wir hoffen, dass die Rehabilitation zu einer nachhaltigen Besserung Ihrer gesundheitlichen Beschwerden führen wird.

### **Hinweise zum ärztlichen Entlassungsbericht der Krankenkassen**

Es gilt analog das vorstehende. Allerdings übermittelt die Rehabilitationseinrichtung der Krankenkasse als Kostenträger der Maßnahme eine Ausfertigung des Entlassungsberichtes. Eine Weitergabe an den Haus- oder Facharzt erfolgt nur bei Entbindung von der Schweigepflicht (s.o.). Eine Übermittlung an die DRV erfolgt nicht.

**Mobilität/Hilfsmittel:**

**Zutreffendes ankreuzen/ausfüllen**

Kann der Patient ohne Hilfe alleine sicher gehen ? Ja  / Nein

Kann sich der Patient im Bereich der Wohnung alleine und sicher fortbewegen ? Ja  / Nein  *Falls nein:*

Welche Vorkehrungen/Hilfen werden vorgehalten, müssen wir sicherstellen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Umgang mit Hilfsmittel**

**Benutzung erfolgt:**

**selbständig**                      **mit Hilfe**

E-Rolli			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehstock			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orth. Schuhe	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arm-Beinschiene	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	oben <input type="checkbox"/>	unten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille/n			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges:</b>				

**Für Rollstuhlfahrer:**

Ist der Patient für kurze Zeit mit Unterstützung stehfähig ? Ja  / Nein

Ist der Patient für kurze Zeit allein stehfähig ? Ja  / Nein

Muss der Patient geliftet werden ? Ja  / Nein

Kann der Patient den ganzen Tag im Rollstuhl sitzen ? Ja  / Nein

Kann der Patient stundenweise im Rollstuhl sitzen ? Ja  / Nein

**Allgemeines:**

Ist der Patient blind ? Ja  / Nein

Ist der Patient sehbehindert ? Ja  / Nein

Ist der Patient gehörlos ? Ja  / Nein

Kann der Patient sprechen ? (ggf. Bedeutung von Lauten) Ja  / Nein

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der Patient geht gewöhnlich abends um \_\_\_\_\_ Uhr zu Bett

Größe des Patienten: \_\_\_\_\_ cm / Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Kg.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

**Mahlzeiten**

**Zutreffendes ankreuzen/ausfüllen**

Der Patient kann völlig selbständig essen und trinken

Der Patient braucht geringfügige Hilfe beim Essen und Trinken  
(Essen vorbereiten und zerkleinern)

Der Patient braucht ständig und umfassend Hilfe beim Essen und Trinken

Die Speisen müssen passiert werden

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Benötigte Hilfsmittel/Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Toilette:**

Der Patient geht völlig selbständig zur Toilette

Der Patient geht nur nach Aufforderung zur Toilette tagsüber  nachts

Der Patient geht nur mit Hilfestellung zur Toilette tagsüber  nachts

Der Patient trägt Windeln, Inkontinenzhose/-einlage tagsüber  nachts

Der Patient benutzt folgende Hilfsmittel:

Toilettenstuhl selbständig  mit Hilfe

Urinflasche selbständig  mit Hilfe

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**An- und Auskleiden**

Der Patient kann sich selbständig an- und auskleiden

Der Patient braucht geringfügige Hilfestellung beim  
An- und Auskleiden

Der Patient braucht ständig und umfassend Hilfe beim  
An- und Auskleiden (muss an- und ausgezogen werden)

Die Kleidung muss zurechtgelegt werden

Auf regelmäßigen Wäschewechsel muss geachtet werden

**Körperpflege:**

Völlig selbständig: waschen  duschen  baden  Haare waschen   
Zähne putzen  Nagelpflege  und rasieren   
Kontrolle nötig  Aufforderung nötig

Geringfügige  
Hilfestellung waschen  duschen  baden  Haare waschen   
Zähne putzen  Nagelpflege  und rasieren

Ständige Hilfe waschen  duschen  baden  Haare waschen   
Zähne putzen  Nagelpflege  und rasieren

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

**Anfallsleiden**

Besteht bei dem/der Patienten/in ein epileptisches Anfallsleiden? Ja  / Nein

Anfälle ca. \_\_\_\_\_ x pro  Tag  Woche  Monat  Jahr

Tageszeit:  Morgens  Mittags  Nachmittags  Abends  Nachts

Art des Anfalles:  Grand mal  Petit mal  Absencen

Anfallsfrei seit: \_\_\_\_\_

**Beschäftigungsmöglichkeiten**

Motivation nötig: Ja  / Nein

Welche Hobbys und Interessen hat der Patient?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Persönliche Spiele, Stofftiere, Radio, können mitgebracht werden)*

Sonstige Gewohnheiten und Beobachtungen über das Verhalten des Patienten:

( evtl. Aggressionen, besondere Vorlieben o.ä. bekannt)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Benötigt der Patient Hilfe beim Karten- u. Briefeschreiben ? Ja  Nein

Benötigt der Patient Hilfe beim Telefonieren ? Ja  Nein

Kann der Patient schwimmen ? Ja  Nein

**Taschengeld:**

Das Taschengeld sollte an der Rezeption zur Aufbewahrung abgegeben werden. Wir richten ein Konto ein, über das Sie kostenfrei verfügen können. Erfahrungsgemäß werden ca. 110 € für 4 Wochen benötigt.

1. Der Patient kann über das Taschengeld völlig selbständig verfügen: Ja  / Nein

2. Dem Patienten können bis zu \_\_\_\_\_€ pro Tag ausbezahlt werden.

**Bitte beachten:** Beim Einkauf von Hygieneartikeln und Werkmaterialien in der Klinik, bei wunschgemäßem Waschen der patienteneigenen Wäsche sowie für Kinobesuch, Tierpark etc. werden dem Taschengeldkonto die entstehenden Selbstkosten unbar belastet.

3. Dem Patienten bitte kein Bargeld auszahlen. Einteilung muss durch Klinikpersonal erfolgen. Ja  / Nein

**Ausgangsregelung:**

Patient/in ist orientiert/verkehrssicher Ja  Nein

**Spaziergänge außerhalb des Klinikgeländes** Alleine  Nur mit Betreuer

**Stadtfahrten außerhalb des Klinikgeländes** Alleine  Betreuer

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Aus hygienischen Gründen haben wir uns entschlossen, kontaminierte (Stuhl/urin) Wäsche durch unser Haus zu waschen. Für die Reinigung der patienteneigenen Wäsche (Ober- und Unterbekleidung sowie Badetücher) haben wir eine Werkstatt für Behinderte beauftragt, deren Preise Sie nachfolgend entnehmen können.

Bitte beachten Sie, dass der Wäschewechsel ca. 1 Woche dauert !

**I. Textilpflege / Wäscherei**

Oberhemd	waschen, bügeln	1,40 €
T-Shirt	waschen, bügeln, legen	0,80 €
Sweatshirt	waschen, legen	1,20 €
Jeanshose	waschen, legen	2,00 €
Schlafanzug 2-teilig	waschen, bügeln	2,00 €
Nachthemd	waschen, bügeln, legen	1,40 €
Unterhose/Unterhemd	waschen	0,40 €
Socken	waschen	0,30 €
Jogginghose	waschen, legen	1,40 €
Badetuch	waschen, legen	0,60 €
Taschentuch		0,30 €

Ich bin damit einverstanden, dass zu den vorstehenden Konditionen die Wäsche gewaschen wird.

JA, ALLES	JA, NUR U WÄSCHE	JA, NUR BEI NOTBEDARF
NEIN	EIGENER WÄSCHEAUSTAUSCH	

Sollten Sie mit der Reinigung der patienteneigenen Wäsche nicht einverstanden sein, sollte aber genügend körpereigene Wäsche ( Unterwäsche und Socken ) für ca. 28 Tage mitgebracht werden. Ansonsten müssten wir aus hygienischen Gründen diese Wäsche zu Ihren Lasten waschen. Alternativ können Sie auch für einen Wäscheaustausch während der Maßnahme sorgen.

**II.** Wertgegenstände wie Ketten und Armbänder, wertvolle Kleidung sowie andere Wertsachen sollten möglichst nicht während des Rehaaufenthaltes beim Patienten verbleiben – es sei denn Sie können selbst darauf aufpassen.

**Unsere Bitte: Lassen Sie für Sie wertvolle Sachen zu Hause. Dies hat nichts mit dem Preis zu tun.**

**Die Klinik kann bei Verlust von Gegenständen / Sachen keine Haftung übernehmen.**

Bei der Abreise überprüfen Sie bitte Ihre Sachen auf Vollständigkeit. Sollte etwas fehlen, melden Sie dies bitte im Abschlussgespräch an, damit noch am Abreisetag gemeinsam der Verbleib überprüft werden kann. Spätere Reklamationen sind ausgeschlossen.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum/ rechtsverbindliche Unterschrift)

Raum für sonstige Hinweise an die Ruhrtalklinik:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_