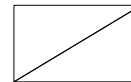


HO	HT	HV	A	Aa	R	G	Red



Stammdaten des Patienten

Bitte ausfüllen oder ankreuzen soweit bekannt

Name/Vorname d. **Patienten**: _____

Straße + Haus-Nr. _____

PLZ + Ort _____

Telefon/Handy-Nr:  _____  _____

E-Mail Adresse: _____


Geburtsdatum: _____


Name des **Wohnheimes**: _____

E-Mail: _____  _____

Anschrift der **Bezugsperson**, die über den


Entlassungstermin zu informieren ist: Name: _____

 _____ 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: _____

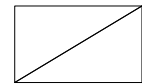
Entbindung von der Schweigepflicht

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 einer Kurzfassung des EB'es an die Krankenkasse oder deren Medizinischen Dienst bin ich einverstanden. Sollte der MDK den vollständigen EB anfordern, bin ich mit der Übersendung einverstanden. Die Hinweise zum EB habe ich zur Kenntnis genommen. Im Falle einer stufenweisen Wiedereingliederung bin ich mit der Übermittlung der Checkliste einverstanden.

Hinweise zum Datenschutz:

Die Informationen zur Erhebung, Nutzung, Speicherung und Löschung meiner personenbezogenen Daten auf der Folgeseite habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erteile mein Einverständnis.

(Ort/Datum/ rechtsverbindliche Unterschrift)



Hinweise zum Datenschutz

Die Ruhrtalklinik nimmt den Datenschutz sehr ernst. Gemäß gesetzlicher Bestimmungen haben wir technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, die größtmöglichen Schutz Ihrer Daten ermöglichen. Zur Sicherstellung unseres Rehabilitationsauftrags, den wir gegenüber Kranken- und Rentenversicherungen sowie anderen Sozialleistungsträgern wahrnehmen, ist es erforderlich, von Ihnen besondere Daten gemäß Art. 9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu erheben.

Im Folgenden informieren wir über Art, Zweck und Speicherung der Daten sowie über Ihre Rechte.

Verantwortliche Stelle

Verantwortlich für den Datenschutz ist die Ruhrtalklinik GmbH, Wimberner Kirchweg 45, 58739 Wickede, Tel. 02373-926400; Ansprechpartner ist der bestellte Datenschutzbeauftragte. Sie erreichen ihn per Mail unter datenschutz@ruhrtalklinik.de.

Personenbezogene Daten und Zweck

In diesem Fragebogen erheben wir die konkret benannten persönlichen Daten sowie Angaben zur gesundheitlichen Anamnese und Ihrem persönlichen Pflegebedarf. Diese Daten dienen dem Zweck, Ihre Rehabilitation nach Ihren individuellen Bedürfnissen vorzubereiten. Im Zuge des Rehabilitationsablaufs kommen weitere Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 (DSGVO) hinzu.

Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe

Die uns zur Verfügung gestellten Daten werden in der klinikeigenen EDV manuell und automatisiert verarbeitet. Ihre Daten werden analog zu den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert – sowohl in der EDV als auch in der physischen Patientenakte. Gemäß der Vorgaben der Kostenträger erhalten diese im Nachgang der Rehabilitation einen Entlassungsbericht (siehe dazu „Hinweise zum ärztlichen Entlassungsbericht“ auf der letzten Seite).

Eine automatische Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht. Die Weitergabe erfolgt nur nach ausdrücklicher Genehmigung Ihrerseits beziehungsweise im Zuge von Prozessen, die zur Erfüllung der Rehabilitationsauftrags notwendig sind (Beispiel: Blutuntersuchung in einem externen Labor). Die externen Partner sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Auskunftsrecht, Berichtigung und Löschung

Sie haben die Möglichkeit, sich über die von Ihnen gespeicherten Daten zu informieren. Richten Sie diese Anfragen an die oben benannte verantwortliche Stelle. Ferner besteht das Recht, Daten berichtigen oder löschen zu lassen sowie der weiteren Verarbeitung Ihrer Daten zu widersprechen.

Aufsicht

Zuständige Aufsichtsbehörde den Datenschutz betreffend ist das Landesamt für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW.

1. Allgemeine Fragen

• Familienanamnese						
	Mutter	Vater	Großmutter	Großvater	Schwester	Bruder
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (z.B. Gicht, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Risikofaktoren				
Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?
Haben Sie erhöhten Blutzucker (Diabetes?)	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?
Sind erhöhte Blutfette (Cholesterin) bekannt?	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit wann?
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Wein	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> __ Flasche <input type="checkbox"/> __ Glas
Nikotinkonsum	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Raucher	<input type="checkbox"/> Ex-Raucher	<input type="checkbox"/> Gelegenheits-raucher
	<input type="checkbox"/> tgl. __ Zig.	<input type="checkbox"/> tgl. __ Zig.	<input type="checkbox"/> tgl. __ Pfeife	
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		

Bemerkungen:

• Allergien/Unverträglichkeiten

Name: _____

• Vegetative Anamnese			
Körpergewicht ____ kg		Körpergröße ____ cm	
Allgemeinbefinden	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck
Atemnot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Appetit	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht
Essverhalten	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Anzahl der Mahlzeiten
Durst	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> gesteigert
Trinkmenge	<input type="checkbox"/> < 1 Liter	<input type="checkbox"/> 1 – 2 Liter	<input type="checkbox"/> > 2 Liter
Gewicht	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> zunehmend	<input type="checkbox"/> abnehmend um ____ kg
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	Letzter Stuhlgang: _____
	Durchfall:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Abführmittel notwendig:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wasser lassen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> gestört	
	Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Wie oft? __
	Unfreiwilliger Harnabgang	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Wie oft? __
Schlaf	<input type="checkbox"/> keine Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Einschlafstörung	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörung
Maßnahmen:			

• Psychische Belastungen			
Chronische Konflikte	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> familiär	<input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Kinder
	<input type="checkbox"/> finanziell	<input type="checkbox"/> beruflich	<input type="checkbox"/> kritische Lebensereignisse
Probleme mit der Krankheitsbewältigung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bemerkungen:

2. Gegenwärtige Therapie, behandelnde Ärzte

• Bisherige Therapie				
Welche diagnostischen Maßnahmen wurden durchgeführt?		<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Computertomographie <input type="checkbox"/> Kernspintomographie <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Bisherige Therapie		Ohne Erfolg	Geringer Erfolg	Guter Erfolg
	Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rehasport/ Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisherige Operationen				

3. Allgemeine Sozial- und Berufsanamnese

Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> feste Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
Kinder	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ___ Kinder	Alter: _____	
davon im Haus lebend:				
Soziale Sicherung	<input type="checkbox"/> Eig. Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> Rentenbezug	<input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Krankengeld	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Sozialleist.
Rentenantrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Widerspruch	<input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> Klageverfahren	<input type="checkbox"/> gestellt Jahr: _____	<input type="checkbox"/> abgelehnt
Häusliche Versorgung gewährleistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Unterbringung in Wohn-einrichtung	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
Barrierefreie Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Grad der Behinderung (GdB)	<input type="checkbox"/> kein Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> GdB von ___ <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> RF
	<input type="checkbox"/> lfd. Antragsverfahren		<input type="checkbox"/> lfd. Widerspruchsverfahren	
Schulbesuch/ Ausbildung	<input type="checkbox"/> Regelschule <input type="checkbox"/> Förder-/ Sonderschule <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung als _____			
Arbeitsplatz (ggfs. weitere Angaben unter Bemerkungen)	<input type="checkbox"/> kein (arbeitslos, Altersrentner)	<input type="checkbox"/> allgem. Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/> WfbM	<input type="checkbox"/> anderer geschützter Arbeitsplatz
Arbeitszeit/ Arbeitsweise/ Beanspruchung/ äußere Einflüsse/ (ggfs. weitere Angaben unter Bemerkungen)	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> teilzeitig <input type="checkbox"/> Wechselschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> überw. sitzend <input type="checkbox"/> überw. stehend <input type="checkbox"/> überw. gehend <input type="checkbox"/> gebückt/knieend <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen <input type="checkbox"/> Heben von Lasten <input type="checkbox"/> andere Zwangshaltungen	<input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase Dämpfe, Rauch <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe <input type="checkbox"/> Lärm <input type="checkbox"/> ständige Vibrationen/ Erschütterungen <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> besonderer Zeitdruck	
Bisherige Reha-Maßnahmen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ___ Anzahl Letzte Reha-Maßnahme: _____ (Jahr)			

Bemerkungen:

4. Pflegerelevante Aspekte

Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anfälle ca. ____x pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr Anfallsfrei seit: _____ Tageszeit: <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> Mittags <input type="checkbox"/> Nachmittags <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts Art des Anfalls: <input type="checkbox"/> Grand mal <input type="checkbox"/> Petit mal <input type="checkbox"/> Absencen Bedarfsmedikation: _____ Sonstiges: _____
Besonderes	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Defibrillator <input type="checkbox"/> Marcumar-Patient <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Kommunikation

Einschränkungen beim

 Sprechen Verstehen Hören Schreiben Lesen Rechnen
Ich bin Stumm Gehörlos Blind

Hilfsmittel

 Hörgeräte re li
 Brille Sprachcomputer

Sonstiges: _____

MobilitätKönnen Sie ohne Hilfe selbständig gehen? ja nein

Welche Vorkehrungen / Hilfen werden vorgehalten bzw. müssen wir sicherstellen?

Name: _____

Umgang mit Hilfsmittel

Benutzung erfolgt:

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

Bitte bringen Sie Ihre Hilfsmittel mit!

Für RollstuhlfahrerInnen

Sind Sie für kurze Zeit mit Unterstützung stehfähig?

ja

nein

Sind Sie für eine kurze Zeit alleine stehfähig?

ja

nein

Müssen Sie geliftet werden?

ja

nein

Können Sie den ganzen Tag im Rollstuhl sitzen?

ja

nein

Können Sie stundenweise im Rollstuhl sitzen?

ja

nein

Müssen Sie regelmäßig gelagert bzw. bewegt werden?

ja

nein

Körperpflege				
	Selbständig	Kontrolle/ Aufforderung	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen / Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand-/Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Name: _____

Essen und Trinken				
	Selbständig	Kontrolle/ Aufforderung	Mit Unterstützung	Vollständige Übernahme
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Speisen müssen passiert werden. ja nein

Haben sie Schluckbeschwerden? ja nein

Haben Sie eine PEG-Anlage? ja nein

Wenn ja, welche Sondenkost verwenden Sie? _____

Welche Hilfsmittel benötigen Sie? _____

Bemerkungen:

Ausscheidung

Ich gehe völlig selbständig zur Toilette.

Ich gehe nur nach Aufforderung zur Toilette. tagsüber nachts

Ich gehe nur mit Hilfestellung zur Toilette. tagsüber nachts

Ich trage Inkontinenzhosen. tagsüber nachts

Ich benötige einen Toilettenstuhl. tagsüber nachts

Ich benötige eine Urinflasche. tagsüber nachts

Ich benötige ein Steckbecken. tagsüber nachts

Ich habe eine Stoma-Versorgung.

Wenn ja, welches Versorgungssystem verwenden Sie? _____

Ich habe einen DK / SPK.

Ich benutze Einmalkatheter.

Wenn ja, welches Material verwenden Sie? _____

Bemerkungen:

Name: _____

Beschäftigungsmöglichkeiten

Motivation nötig: Ja / Nein

Welche Hobbys und Interessen haben Sie?

(Persönliche Spiele, Stofftiere, Radio können mitgebracht werden)

Sonstige Gewohnheiten und Beobachtungen über das Verhalten:

(evtl. selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten, Weglauftendenzen, besondere Vorlieben)

Benötigen Sie Hilfe beim Karten- u. Briefeschreiben?

Ja

Nein

Benötigen Sie Hilfe beim Telefonieren?

Ja

Nein

Können Sie 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:

Ich bin verkehrssicher/orientiert!

ja

nein

Spaziergänge außerhalb des Klinikgeländes

Alleine

nur mit Betreuer

Stadtfahrten

Alleine

nur mit Betreuer

Sonstiges: _____

Name: _____

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 einen externen Dienstleister beauftragt, deren Preise Sie nachfolgend entnehmen können. Bitte beachten Sie, dass der Wäschewechsel ca. 1 Woche dauert!

I. Textilpflege / Wäscherei

Oberhemd	waschen, bügeln	2,24 €
T-Shirt	waschen, bügeln, legen	1,20 €
Sweatshirt	waschen, legen	1,79 €
Jeanshose	waschen, legen	2,35 €
Schlafanzug 2-teilig	waschen, bügeln	2,40 €
Nachthemd	waschen, bügeln, legen	1,78 €
Unterhose/Unterhemd	waschen	0,40 €
Socken	waschen	0,40 €
Jogginghose	waschen, legen	1,78 €
Badetuch	waschen, legen	1,09 €
Taschentuch	waschen, bügeln	0,40 €
Jacke	waschen, bügeln	3,63 €
BH	waschen	0,40 €
Trainingsanzug	waschen, bügeln, legen	3,03 €

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

<input type="checkbox"/> JA, ALLES	<input type="checkbox"/> JA, NUR U`WÄSCHE	<input type="checkbox"/> JA, NUR BEI NOTBEDARF
<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> 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.

(Ort/Datum/ rechtsverbindliche Unterschrift)

Raum für sonstige Hinweise an die Ruhrtalklinik:

Name: _____

Hinweise zum Entlassungsbericht

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 unseren ärztlichen Dienst 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 Durchsicht 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 bei Anforderung 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 Leistungs Nachteile abzuwenden. Aus Erfahrung wissen wir, dass der MDK für seine Aufgabenerfüllung den vollständigen Entlassungsbericht benötigen kann. Für den Fall, dass der MDK mit dieser Bitte an die Rehabilitationseinrichtung herantreten sollte, 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 des MDK erfolgt. Der Bericht wird **nicht ohne Anforderung** übersandt, nur weil Sie damit einverstanden sind, sondern nur dann, wenn er auch tatsächlich von 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.

Hinweise zur stufenweisen Wiedereingliederung

Seit dem 01.09.2011 gilt ein neues Verfahren zur stufenweisen Wiedereingliederung. Es tritt in Kraft, wenn ein Rehabilitand arbeitsunfähig entlassen wird und in einem Beschäftigungsverhältnis steht. Sind beide Voraussetzungen erfüllt, **muss** die Checkliste zur stufenweisen Wiedereingliederung (Formular G833 der Deutschen Rentenversicherung) ausgefüllt werden. Sollten Sie mit der Übermittlung der Checkliste nicht einverstanden sein, streichen Sie bitte den entsprechenden Passus auf der ersten Seite unter Entbindung von der Schweigepflicht.