

- **Information „Das müssen Sie mitbringen“**
- **Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**
- **Gesundheitsfragebogen**

Als Patient/in sind Sie uns wichtig!

Um Ihren Aufenthalt in unserer Klinik so gut wie möglich vorbereiten zu können, benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte beantworten Sie die Fragen in den folgenden Unterlagen vollständig.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.
Informationen zum aktuellen Datenschutz finden Sie ebenfalls im Anhang.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Bitte lassen Sie uns die Unterlagen schnellstmöglichst zukommen! (per Post, Email oder Fax)



Ihr Malberg-Team



F_1512_009

Malbergklinik GmbH	Nassauische Sparkasse Bad Ems	IBAN: DE09 5105 0015 0552 0130 42	SWIFT-BIC: NASSDE55XXX
Geschäftsführerin: Jutta Doepner	Volksbank Rhein-Lahn-Limburg eG	IBAN: DE79 5709 2800 0215 0658 04	SWIFT-BIC: GENOD51DIE
Erfüllungsort Bad Ems, Gerichtsstand Lahnstein,	Commerzbank Bad Ems	IBAN: DE07 5708 0070 0676 1586 00	SWIFT-BIC: DRESDEFF570
RG.-Koblenz-Nr.: 664	HypoVereinsbank AG Koblenz	IBAN: DE73 5702 0086 4120 1064 44	SWIFT-BIC: HYVEDEMM401

Information „Das müssen Sie mitbringen“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns Sie in der Malbergklinik begrüßen zu dürfen. Vorab möchten wir die Gelegenheit nutzen Sie darüber zu informieren, was Sie für Ihren Klinikaufenthalt benötigen:

- Bitte bringen Sie die **aktuellsten Untersuchungsbefunde** mit.
- **Ihre regelmäßig einzunehmenden Medikamente bringen Sie bitte für die gesamte Dauer Ihres Aufenthaltes mit. Sollte das Richten Ihres täglichen Medikamentenbedarfs von unseren Pflegekräften übernommen werden, bringen Sie bitte Ihre Medikamente in der Originalverpackung mit.**
Wir übernehmen nur die Arzneimittel, die unmittelbar mit Ihrer bewilligten Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang stehen, so wie es die gesetzliche Regelung vorsieht. Alle anderen Medikamente (Blutdrucksenker, Insuline, etc.) müssen in ausreichender Menge mitgebracht werden.
- **Persönliche Gebrauchsgegenstände**, wie z.B.:
Regenjacke, Turnhose/Jogginganzug, Bademantel, Schwimmbekleidung, Schuhlöffel, Hygieneartikel, ausreichend Kleidung, Schlafanzüge/Nachthemden, Sportschuhe

Sollten Ihnen bereits **Hilfsmittel** ausgehändigt worden sein, so bringen Sie diese unbedingt mit (z.B. **Sauerstoffkonzentratoren – wir bitten Sie mit Ihrem Hauslieferanten rechtzeitig die Anlieferung der Sauerstoffflaschen in die Malbergklinik abzustimmen**, Absauggeräte, Inhaliergeräte, Kanülen, Hörgeräte, Gehhilfen, Pumpe für enterale Ernährung, **Sondenkost für eine Woche inkl. der Bestecke**, etc.). Bitte kennzeichnen Sie Ihre Hilfsmittel.

Handtücher und Badetücher werden gestellt und 2x pro Woche gewechselt. Bei Bedarf können Sie auch eine Waschmaschine und einen Trockner, gegen eine Gebühr von 5,00 €, vor Ort nutzen.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir die TV-Fernbedienung nur gegen eine Kautionshöhe von 5,00 € herausgeben können. Für die Nutzung unseres Multi-Media-Pakets, welches TV, Telefon und Internet beinhaltet, erheben wir eine einmalige Nutzungspauschale in Höhe von 30,00 €, unabhängig vom Zeitraum Ihres Aufenthaltes. Wir bitten Sie daher Bargeld bereit zu halten.

Gerne informieren wir Sie nach Beendigung Ihres Aufenthaltes über die Themen Nachhaltigkeit, Aufrechterhaltung des Rehabilitationserfolges sowie über die Weiterführung der erfolgreichen Zusammenarbeit. Sollten Sie dies nicht wünschen, teilen Sie dies bitte bei Anreise am Empfang mit.

Wir wünschen Ihnen schon heute eine gute Anreise!

Ihr Patientendispositionsteam

A. Hofmann, V. Scharmann, M. Stricker

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Herrn/Frau _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Gesetzliche Vertretung: _____

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Malbergklinik GmbH in 56130 Bad Ems meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Kostenträgern, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen, sowie zur Fotodokumentation von Wunden und deren Heilungsverlauf. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, den Kostenträger und/oder die Abrechnungsfirma, das Seniorenheim/ Pflegedienst weitergegeben werden. Dort werden diese ebenfalls zu gleichen Zwecken verarbeitet.

1. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass meine persönlichen Daten, unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden, dies erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt wird. Die Behandlung kann dann nicht mit dem Kostenträger abgerechnet werden. Ebenfalls bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich jederzeit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen kann und ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen. Damit werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen, mit dem Zugang der Willenserklärung der Klinik gelöscht. Die Klinik wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ja

Nein

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an: Malbergklinik GmbH, Römerstraße 44-46, 56130 Bad Ems

2. Ich bin damit einverstanden, dass mein Aufenthaltsort (Station und Zimmer) und/oder meine Durchwahl gegenüber Besuchern und/oder Anrufern auf Anfrage durch Mitarbeiter der Klinik bekannt gegeben werden.

Ja

Nein

3. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Klinik keine Haftung für Wertgegenstände übernimmt.

Ja

Nein

Mir ist bekannt, dass mir keine Nachteile entstehen, wenn ich die obenstehenden Einwilligungen verweigere und dass ich meine einmal erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift

Gesundheitsfragebogen

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Einweisungsdiagnose: _____

Anschrift der nächsten Angehörigen:

Name, Vorname: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____

Vorsorgevollmacht vorhanden? nein ja

Patientenverfügung vorhanden? nein ja

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____

Genauere Anschrift des Hausarztes:

Name: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Genauere Anschrift des überweisenden Arztes:

Name: _____

PLZ, Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Bitte Arztbriefe mitbringen!

Genauere Anschrift Ihrer zuständigen Krankenkasse:

Name: _____

PLZ, Ort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Einweisende Klinik oder behandelnde Klinik und Abteilung:

Ihr soziales Umfeld:

Pflegegrad: kein 0 1 2 3 4 5

Pflegegrad beantragt am _____

ledig verheiratet geschieden alleinstehend

verwitwet seit: _____

Kinder _____ (Anzahl, Alter) unterhaltspflichtig

Angehörige: im Haus in der Nähe (max. 10 km) weiter entfernt

an der Pflege beteiligte Angehörige: _____

Wohnsituation: Eigenheim Mietwohnung bei Angehörigen
 Pflegeheim Kurzzeitpflege Betreutes Wohnen
 alleinstehend, selbständig alleinstehend mit Hilfe
 Unterbringung im Pflegeheim geplant

Treppen nein ja, wie viele Etagen? _____ Lift vorhanden

gelegentliche Hilfe durch: _____

Pflege gesichert durch: _____

aktueller Krankenhausaufenthalt bis _____

Wesentliche familiäre oder sonstige belastende Konflikte im Privatleben

keine bestehen in: _____

Verstehen Sie die deutsche Sprache?

ja nein Welche Sprache verstehen Sie? _____

Religionszugehörigkeit: keine ja; welche Religion? _____

Der Lebensunterhalt ist gesichert durch:

Berufstätigkeit durch den Partner Altersrente Witwenrente
 Krankengeld Arbeitslosengeld Sozialhilfe Erwerbsminderungsrente

Berufsgenossenschaft-Rente seit: _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) _____ %

Anmerkungen _____

Behinderung:

eine Behinderung liegt nicht vor

eine Behinderungserkrankung von ____ (% , Merkzeichen) liegt vor

wurde beantragt am: _____

wurde abgelehnt Widerspruch am _____ eingelegt

laufendes Sozialgerichtsverfahren Änderungsantrag

Grad der Behinderung-Anerkennung ____ (% , Merkzeichen)

Meine Freizeitaktivitäten:

- keine regelmäßigen Freizeitaktivitäten
- regelmäßige Freizeitaktivitäten:

Hilfsmittel:

keine

- Unterarmstützen Gehbock Rollator Rollstuhl
- Gehwagen (hohe Stützung) Gehstock (re. li.) Korsett
- Orthese _____ wo?
- Lesebrille Fernbrille Kontaktlinsen
- Hörgerät re. li.
- herausnehmbare Gebissprothese oben unten
- Teilprothese oben unten
- Sprechkanüle

andere Hilfsmittel: _____

Aktuelle Medikation:

keine

Führen Sie bitte alle Medikamente auf, die Sie aktuell einnehmen! (z.B. ASS 100 mg 1-0-1)

01.	07.
02.	08.
03.	09.
04.	10.
05.	11.
06.	12.

- Richten der Medikamente selbst durch andere Person
- Einnahme der Medikamente selbst Verabreichung durch andere Person

Wunden/ Verletzungen:

keine

ja, Lokalisation der Wunde/n: _____

- Verband nein ja

Wundbehandlung mit: _____

Haben Sie:

- einen Herzschrittmacher? nein ja
- andere Implantate? nein ja, welche? _____
- eine Infektionskrankheit? nein ja, welche? _____
- eine Allergie/ Lebensmittelunverträglichkeit? nein ja, worauf? _____
- eine Allergie/ Medikamentenunverträglichkeit? nein ja, worauf? _____

Sind Sie: Dialysepatient nein ja
Diabetiker nein
 ja diätetisch medikamentös insulinpflichtig

Nehmen Sie Antikoagulanzen (Blutverdünner) ein?

nein ja, welche? _____

Haben Sie Schmerzen?

nein
 ja, in Ruhe ja, bei Belastung

Wo haben Sie Schmerzen? _____

Schmerzstärke (bitte ankreuzen!)

In Ruhe ☺ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

bei Belastung ☺ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

Hatten Sie bereits eine Reha? Wenn ja, wann und wo?

Jetzige/ aktuelle Beschwerden:

Ihr aktueller Gesundheitszustand:

unauffällig

Allgemeinbefinden: gut mäßig schlecht

Gewicht: konstant zugenommen abgenommen ___ kg

Appetit: normal mäßig schlecht

Durst: normal vermindert erhöht

Stuhlgang: normal Durchfall Verstopfung

Blähungen Inkontinenz Anus praeter

Wasserlassen: normal gehäuft Brennen

Inkontinenz Blasenschwäche

nächtliches Wasserlassen _____ (wie oft)

Schlafen: gut Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Wassereinlagerungen: keine ja, wo? _____

Atmung: normal Atemnot in Ruhe Atemnot bei Belastung

Schwitzen: normal vermehrt Schweißausbrüche

Frieren/ Kältegefühl

Ihre Risikofaktoren:

es existieren keine Risikofaktoren

Rauchen: nein beendet _____ (wann) ja _____ (wie viele tgl.)

Alkohol: nein gelegentlich in Gesellschaft
 ja _____ (wieviel, ggf. welches Getränk)

Entzugsbehandlung (wann, wo?) _____

Fehlernährung mit Übergewicht _____ (seit wann?)

Fehlernährung mit Untergewicht _____ (seit wann?)

Risikofaktoren für Herz-Gefäßleiden nein ja,

Zuckerkrankheit

Fettstoffwechselstörung

Bluthochdruck

Bewegungsmangel

Erhöhter Medikamentenverbrauch

nein ja,

Schlafmittel

Beruhigungsmittel

Schmerzmittel

Abführmittel

Andere _____

Bisheriger Verlauf der Reha-relevanten Beeinträchtigung(en)

unauffällig

Übergewicht

Fettstoffwechselstörung

Herzschwäche

Bluthochdruck

Zuckerkrankheit:

Typ 1

Typ 2

Erstdiagnose, wann? _____

Diät/ Tabletten/ Insulin _____

Lag bereits eine COVID 19 Erkrankung vor? nein

ja, _____
(Wann?)

Sind Sie gegen COVID 19 geimpft?

nein

habe den ersten Termin am: _____

ja, erste Impfung erhalten, Termin für die zweite Impfung: _____

ja, Impfung ist vollständig abgeschlossen

Weitere Erkrankungen/ Operationen/ Unfälle mit Folgeschäden (bitte Datum angeben)

