

- **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\_013

## 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, S. Wirtz, 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. Die Klinik übernimmt für Wertgegenstände keine Haftung!

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: \_\_\_\_\_

## Genaue Anschrift des Hausarztes:

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

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

## Genaue Anschrift des überweisenden Arztes:

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

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

## Bitte Arztbriefe mitbringen!

## Genaue Anschrift Ihrer zuständigen Krankenkasse:

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

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

KV.Nr: \_\_\_\_\_



**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 \_\_\_\_\_

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

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