

- **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



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.
- 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, Medikamente aufgrund chronischer Erkrankung, 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, 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: _____

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: _____

KV.Nr: _____

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 Rente wegen Alters Witwenrente

Krankengeld Arbeitslosengeld Sozialhilfe Rente wg. Erwerbsminderung

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)

- Übergewicht Fettstoffwechselstörung unauffällig
 Bluthochdruck Herzschwäche
- Zuckerkrankheit: Typ 1 Typ 2
Erstdiagnose, wann? _____
Diät/ Tabletten/ Insulin _____

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

Ihr berufliches Umfeld

Sind Sie zurzeit berufstätig? ja

nein, seit _____ auf Grund von: _____

Erlerner Beruf: _____

Bisherige Tätigkeiten (von wann bis wann? bei wem?)

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden pro Woche?

Seit wann? _____ bei wem? (Name, Ort) _____

Betriebsgröße, ca. _____ Mitarbeiter

Haben Sie krankheitsbedingt den Arbeitsplatz wechseln müssen?

nein ja, wann?: _____

Haben Sie krankheitsbedingt eine Arbeitszeiteinschränkung?

nein ja, welche? _____

Kurze Tätigkeitsbeschreibung:

Hat Ihre Firma einen Betriebsarzt?

nein

ja

Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz?

Bahn

PKW

Bus

Fahrrad

zu Fuß

Wegstrecke: _____ km

Gibt es in ihrem Beruf Umstände, die Sie besonders belasten?

- nein ja, welche?

Sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden?

- ja nein, warum nicht?:

Wie ist das Betriebsklima?

- gut zufriedenstellend schlecht

Fühlen Sie sich in der Lage, Ihre letzte Tätigkeit auszuüben?

- ja nein, warum nicht?

Bitte kreuzen Sie alle Merkmale an, die für Ihre Tätigkeit zutreffen!

- Vollzeit Teilzeit Wechselschicht Nachtschicht
 Akkordarbeit besonderer Zeitdruck

Äußere Einflüsse:

- Kälte, Zugluft, Nässe Hitze hautreizende Stoffe
 starke Staubentwicklung Gerüche, Gase, Dämpfe Rauchentwicklung
 Lärm

Arbeitsweise:

- überwiegend stehend/ gehend überwiegend sitzend oft in gebückter Haltung
 oft knieend häufiges Heben von Lasten häufiges Klettern/ Steigen
 oft mit erhobenen Armen

Beanspruchung der Sinnesorgane:

- ständige Konzentration hohe Verantwortung für Personen und Sachwerte
 überwiegend Bildschirmtätigkeit Anlagensteuerung (Überwachung)
 Schwindelfreiheit erforderlich hohe Stressbelastung

Berufliches Kraftfahren:

- PKW Außendienst LKW mit/ ohne Ladetätigkeit Baumaschinen
 sonstige Fahrzeuge Personenbeförderung Gefahrguttransporte

Üben Sie Nebentätigkeiten aus?

- nein ja, welche?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

- nein ja, wann?: _____ warum?: _____

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

- nein ja, wann? _____ abgelehnt, wann? _____

Haben Sie ein schwebendes Sozialgerichtsverfahren?

- nein ja, in welcher Angelegenheit?

- Widerspruch mit Klage

Meine Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe:

- keine Beeinträchtigungen im Alltag/ Freizeit

Ich habe folgende Beeinträchtigungen in meinem Alltag/ Freizeit:

- keine Beeinträchtigungen im jetzigem Beruf

Ich habe folgende Beeinträchtigungen in meinem jetzigen Beruf:

Bitte definieren Sie Ihre kurz- und mittelfristigen Reha-Ziele!

Hier ein paar Beispiele:

Ich möchte:

- soweit gehen können, dass ich die nächst Bushaltestelle erreichen kann
- in mein Auto steigen und mindestens eine Stunde fahren können
- zwei Stunden ununterbrochen am Computer sitzen können
- Hausarbeiten schaffen, Einkäufe erledigen können und den Garten in Ordnung halten können
- insgesamt fitter werden, damit ich bei der Arbeit nicht so schnell erschöpft bin
- schwere Gegenstände wieder tragen können
- wissen, worauf ich im Beruf achten muss, um meine Gelenke nicht unnötig zu belasten
- gymnastische Übungen kennen, die ich zu Hause weitermachen kann
