



Heiligenfeld
Leben lieben



Aufnahmeunterlagen für gesetzlich versicherte Erwachsene

zentrales Aufnahmemanagement:

Heiligenfeld Kliniken – Altenbergweg 6, 97688 Bad Kissingen

Tel: 0971 84-0 - Fax: 0971 84-4195

www.heiligenfeld.de

info@heiligenfeld.de

Inhalt:

Der Weg in die Heiligenfeld – Klinik - Allgemeine Informationen

Wichtige Bearbeitungshinweise und Checkliste zu benötigten Unterlagen

Selbstdarstellungsbogen für Erwachsene

Datenschutzinformationen

Fragebogen für den*die Arzt*Ärztin/Therapeuten*Therapeutin

Information und Hilfestellung für den*die Arzt*Ärztin/Therapeuten*Therapeutin

Informationen zu Schutzimpfungen



Selbstdarstellungsbogen Erwachsene (ab 18 Jahren)

Heiligenfeld
Klinik Bad Wörishofen

1. ALLGEMEINES

WIE SIND SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Freunde/ Bekannte
- Arzt*Ärztin/ Therapeut*in
- Beratungsstelle/ Jugendamt
- Internet
- sonstiges:

Bitte lesen Sie sich alle Fragen genau durch!

Die **sorgfältige, eigenhändige** und **vollständige** Beantwortung aller Fragen ist Voraussetzung für die weitere Bearbeitung Ihrer Anfrage!

Wichtig: Wir bitten um Beachtung unserer beigelegten Bearbeitungshinweise.

WAREN SIE BEREITS GAST AN UNSEREM KENNENLERN-TAG?

- Nein
- Ja, am

DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

2. BEHANDLUNGSWUNSCH

ART DER BEHANDLUNG

- Reguläre Langzeit-Therapie (Ø Aufenthaltsdauer ca. 8 Wochen)

3. ANGABEN ZUR PERSON

weiblich männlich divers Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Staatsangehörigkeit: D TR A sonstige: _____

ANREDE _____ NAME, VORNAME _____

STRASSE, HAUSNR: _____

PLZ, WOHNORT: _____

TELEFONNUMMER*: _____

MOBILNUMMER*: _____

EMAIL-ADRESSE*: _____

**WIR WÜRDEN UNS
HIER ÜBER EIN FOTO
VON IHNEN FREUEN.
DANKE!**

HABEN SIE EINE*N GESETZLICHEN BETREUER*IN?

- Ja
- Nein

Falls **Ja**, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus und fügen Sie den Unterlagen eine Kopie des Betreuungsausweises bei.

Institution _____

Telefonnummer _____

Name, Vorname _____

Mobilnummer _____

Straße, Haus-Nr. _____

Email-Adresse _____

PLZ, Ort _____

4. KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS: gesetzlich privat beihilfeberechtigt

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE _____

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER _____

5. ANGABEN ZU AKTUELLEN ÄRZTEN*ÄRZTINEN UND THERAPEUTEN*THERAPEUTINNEN

EINWEISENDE*R ÄRZTIN*ARZT ODER THERAPEUT*IN:

BEHANDELNDE*R ÄRZTIN/ARZT ODER THERAPEUT*IN:

Name, Vorname _____

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Bitte den ärztlichen/therapeutischen Fragebogen (im Anhang) ausfüllen lassen und zurückschicken. Danke.

6. WER SOLL MIT IHNEN IN DIE KLINIK AUFGENOMMEN WERDEN?

NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM:

_____	<input type="checkbox"/> als Patient*in	<input type="checkbox"/> als Begleitkind
_____	<input type="checkbox"/> als Patient*in	<input type="checkbox"/> als Begleitkind
_____	<input type="checkbox"/> als Patient*in	<input type="checkbox"/> als Begleitkind
_____	<input type="checkbox"/> als Patient*in	<input type="checkbox"/> als Begleitkind

7. LEBENSITUATION

a) BERUFLICHE SITUATION

Erlerner, aktueller, überwiegend ausgeübter oder letzter Beruf _____

arbeitsunfähig seit: _____ arbeitslos seit: _____

Sind Sie motiviert (wieder) zu arbeiten? Ja Nein, weil _____

b) Familienstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> Partner*in	<input type="checkbox"/> geschieden
<input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> wieder verheiratet
	<input type="checkbox"/> sonst.: _____

c) Wohnsituation

<input type="checkbox"/> bei den Eltern lebend	<input type="checkbox"/> mit Partner*in zusammen
<input type="checkbox"/> bei der Mutter lebend	<input type="checkbox"/> mit Kind/ern zusammen
<input type="checkbox"/> beim Vater lebend	<input type="checkbox"/> mit der Familie zusammen
<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> sonst.: _____

d) ANZAHL, GESCHLECHT UND ALTER IHRER KINDER? _____

(Beispiel: 2 Kinder – m/5 J, w/7J)

8. PERSÖNLICHES

- a) **BESTEHT BEI IHNEN EINE SCHWANGERSCHAFT?** Ja Nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass **ab der 14. SSW** eine Aufnahme in unser Haus **nicht** mehr möglich ist.

- b) **BITTE GEBEN SIE IHRE KÖRPERGRÖÖE UND IHR GEWICHT AN** _____ cm _____ kg

- c) **SIND SIE MIT IHREM GEWICHT ZUFRIEDEN** Ja Nein, Wohlfühlgewicht _____ kg

- d) **GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN IHREM ESSVERHALTEN?** Ja Nein

Falls **ja**, welche? Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln

Diäten

Erbrechen (falls **ja**, häufiger als 1x täglich?)

Hungerphasen

unregelmäßige Mahlzeiten

Essanfälle

- e) **BESTEHEN NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN ODER LEBENSMITTEL ALLERGIEN?** Ja Nein

Falls **ja**, gegen welche?

- f) **IST DIESBEZÜGLICH EINE BESONDERE ZUBEREITUNG DER SPEISEN ERFORDERLICH?** Ja Nein

Falls ja, senden Sie bitte zusammen mit Ihren Aufnahmeunterlagen ein entsprechendes ärztliches Attest über die angegebenen Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Lebensmittel-Allergien ein. Wir werden zusammen mit unseren Diätassistenten*innen prüfen, inwieweit wir Ihnen während des Aufenthaltes eine besondere Zubereitung anbieten können.

- g) **SPIELT FÜR SIE RELIGION / SPIRITUALITÄT EINE GROSSE ROLLE?** Ja Nein

Wenn ja, welche _____

- h) **MEDIZINISCHE (VOR-) ERKRANKUNG, KÖRPERL. BEEINTRÄCHTIGUNG O. BEHINDERUNGEN** Ja Nein

Falls **JA**, welche? (bitte entsprechende Berichte beilegen):

seit wann:

- i) **WAREN SIE SCHON EINMAL IN PSYCHIATRISCHER / PSYCHOSOMATISCHER BEHANDLUNG?** Ja Nein

Ambulante Behandlung

Bei:

Wann:

Stationärer Aufenthalt

Bei:

Wann:

Bitte legen Sie den Aufnahme-Unterlagen die Entlassberichte der letzten 5 Jahre bei

- j) **BEKOMMEN SIE EINE REGELMÄÖIGE MEDIKATION (TABLETTEN/SPRITZEN/ETC.)?** Ja Nein

Name des/der Medikamente(s)

Dosierung:

k) SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN

Ja

Nein

Auf welche Weise verletzen Sie sich selbst

wie oft

wann zuletzt

l) HABEN SIE JEMALS EINEN SUIZIDVERSUCH UNTERNOMMEN?

Ja

Nein

wie oft _____

wann zuletzt _____

m) HALTEN SIE SICH AKTUELL FÜR SUIZIDGEFÄHRDET?

Ja

Nein

n) SIND SIE SCHON EINMAL MIT DEM GESETZ IN KONFLIKT GERATEN?

Ja

Nein

Wenn JA, weswegen
und wann zuletzt _____

o) SIND SIE VORBESTRAFT?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und weswegen _____

9. UMGANG MIT SUCHTMITTELN

a) RAUCHEN SIE?

Was

Wie viel

Wie oft

Ja

Nein

Sind sie motiviert, während der Therapie damit aufzuhören?

Ja

Nein

b) TRINKEN SIE ALKOHOL?

Was und wie viel

Wie oft

Wann zuletzt

Ja

Nein

Konnten sie schon längere Zeit (mind. 1 Woche) darauf verzichten?

Ja

Nein

c) NEHMEN ODER NAHMEN SIE DROGEN?

Ja

Nein

Wenn ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben:

Substanz

Wieviel

Wie oft

Wann zuletzt

Cannabisprodukte

Amphetamine

Heroin

Halluzinogene (LSD, Pilze)

Kokain

Sonstige:

d) GIBT ES SONSTIGE VERHALTENSWEISEN, DIE SIE IM ÜBERMAß BETREIBEN?

(z.B. Einkaufen, Computerspiele, Internet, Spielautomaten, Sex, Fernsehen, häufig wechselnde Beziehungen,...)

Ja

Nein

Wenn ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben:

Was

Wieviel

Wie oft

Wann zuletzt

10. SELBSTDARSTELLUNG, MOTIVATION UND ERWARTUNGEN

a) BITTE LESEN SIE ZUERST ALLE AUSSAGEN DURCH UND KREUZEN SIE DANACH AN, WAS AUF SIE ZUTRIFFT:

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|-----|--|--------------------------|
| 1 | unangenehme (& unsinnige) Gedanken | <input type="checkbox"/> | 51 | vermindertes Selbstwertgefühl | <input type="checkbox"/> |
| 2 | unangenehme (& unsinnige) Handlungen | <input type="checkbox"/> | 52 | Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> |
| 3 | dauernder Hunger | <input type="checkbox"/> | 53 | Verlust an Interessen und Angenehmem | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Übergewicht | <input type="checkbox"/> | 54 | verminderte Aktivität | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Appetitverlust | <input type="checkbox"/> | 55 | Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Vermeidung fettmachender Speisen | <input type="checkbox"/> | 56 | Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Gefühl zu fett zu sein, trotz besseren Wissens | <input type="checkbox"/> | 57 | Alpträume | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Hungern | <input type="checkbox"/> | 58 | früheres Erwachen als gewöhnt (2 h & mehr) | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> | 59 | am Schlimmsten ist es morgens | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Untergewicht | <input type="checkbox"/> | 60 | anhaltende grundlose Erschöpfung & Müdigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ausbleibende Regelblutung | <input type="checkbox"/> | 61 | übermäßige Schlafneigung während des Tages | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Essanfälle mit großen Nahrungsmengen | <input type="checkbox"/> | 62 | sozialer Rückzug | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Erbrechen etc., um Nahrung loszuwerden | <input type="checkbox"/> | 63 | Einsamkeit | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Scham | <input type="checkbox"/> | 64 | Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> | 65 | Verzweiflung | <input type="checkbox"/> |
| 16 | mangelnde Alltagsbewältigung | <input type="checkbox"/> | 66 | häufige Suizidgedanken | <input type="checkbox"/> |
| 17 | starke Bedrohung erlebt | <input type="checkbox"/> | 67 | Furcht vor Menschenmengen | <input type="checkbox"/> |
| 18 | plötzliches Wiedererleben der Bedrohung | <input type="checkbox"/> | 68 | Furcht, den sichern Ort zu verlassen | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein | <input type="checkbox"/> | 69 | Furcht vor Aufmerksamkeit | <input type="checkbox"/> |
| 20 | eigene Gefühle fühlen sich fremd an | <input type="checkbox"/> | 70 | Furcht, peinlich zu sein | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Gefühl, Umgebung ist unwirklich | <input type="checkbox"/> | 71 | Furcht nur vor etwas Speziellem | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Umwelt wirkt fremd und uninteressant | <input type="checkbox"/> | 72 | plötzliche Panikattacken | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> | 73 | ständige Befürchtungen im Alltag | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Neigung zu Wutausbrüchen | <input type="checkbox"/> | 74 | übertriebenes Vermeidungsverhalten | <input type="checkbox"/> |
| 25 | plötzliches Handeln ohne Nachzudenken | <input type="checkbox"/> | 75 | nicht feststellbares körperliches Leiden | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Unsicherheit bezüglich eigenem Selbstbild | <input type="checkbox"/> | 76 | ständige starke nicht feststellbare Schmerzen | <input type="checkbox"/> |
| 27 | intensive aber nur kurze Beziehungen | <input type="checkbox"/> | 77 | Misstrauen gegenüber beruhigenden Ärzten | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Selbstverletzungen | <input type="checkbox"/> | 78 | ständige Sorge um körperliche Symptome | <input type="checkbox"/> |
| 29 | chronisches Gefühl einer inneren Leere | <input type="checkbox"/> | 79 | anhaltende Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> |
| 30 | andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt | <input type="checkbox"/> | 80 | Schwindel | <input type="checkbox"/> |
| 31 | andauerndes Bedrohungsgefühl | <input type="checkbox"/> | 81 | Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Übertreibung eigener Leistungen und Talente | <input type="checkbox"/> | 82 | Herzklopfen und Herzrasen | <input type="checkbox"/> |
| 33 | häufiger Neid auf andere | <input type="checkbox"/> | 83 | Speiseröhre-Beschwerden | <input type="checkbox"/> |
| 34 | Kritik & Verachtung für Autoritätspersonen | <input type="checkbox"/> | 84 | Übelkeit | <input type="checkbox"/> |
| 35 | schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben | <input type="checkbox"/> | 85 | häufiger Durchfall | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Unbeteiligt-Sein bei Gefühlen anderer | <input type="checkbox"/> | 86 | Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten | <input type="checkbox"/> | 87 | Taubheitsgefühl oder Kribbelgefühl | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Neigung zu Aggressionen & Gewalt | <input type="checkbox"/> | 88 | Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> |
| 39 | übermäßiger Alkoholkonsum o. Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> | 89 | Wechseljahr-Beschwerden | <input type="checkbox"/> |
| 40 | Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte | <input type="checkbox"/> | 90 | stark schwankende Gefühle | <input type="checkbox"/> |
| 41 | gesteigerte Aktivität | <input type="checkbox"/> | 91 | starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein | <input type="checkbox"/> |
| 42 | vermindertes Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> | 92 | Neigung zu starkem Zweifel | <input type="checkbox"/> |
| 43 | riskantes Verhalten | <input type="checkbox"/> | 93 | Beeinträchtigung durch eigen. Perfektionismus | <input type="checkbox"/> |
| 44 | starke Überzeugung, die nicht geteilt wird | <input type="checkbox"/> | 94 | Sorge, im Sozialen kritisiert zu werden | <input type="checkbox"/> |
| 45 | Gedanken werden gemacht oder hörbar | <input type="checkbox"/> | 95 | Unterordnung und Nachgiebigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 46 | Hören von Stimmen | <input type="checkbox"/> | 96 | Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können | <input type="checkbox"/> |
| 47 | Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten | <input type="checkbox"/> | 97 | Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken | <input type="checkbox"/> |
| 48 | Drang zum Diebstahl ohne materielle Not | <input type="checkbox"/> | 98 | Einzelgängertum | <input type="checkbox"/> |
| 49 | Drang zur Brandstiftung | <input type="checkbox"/> | 99 | störendes Beharren auf eigenen Rechten | <input type="checkbox"/> |
| 50 | Konflikt mit dem Gesetz | <input type="checkbox"/> | 100 | Gefühl, Opfer von Intrigen zu sein | <input type="checkbox"/> |

b) WICHTIGSTE PROBLEME

Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Probleme, auf Grund derer Sie eine Aufnahme bei uns wünschen, kurz in Ihren eigenen Worten (sowohl psychisch als auch körperlich)

c) URSACHEN

Was sehen oder vermuten Sie als Ursache Ihrer Probleme.

d) ERFAHRUNG

Wenn Sie schon Therapieerfahrung haben, wie konnten Sie davon profitieren?

e) ERWARTUNGEN

Was erwarten Sie für sich von einer guten Therapie?

Was soll sich verändern und wodurch? **Geben Sie bitte drei möglichst konkrete Ziele an:**

f) GRUPPENTHERAPIE

Der überwiegende Teil der Behandlung findet in Gruppen, innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft statt.

Wie denken Sie, dass Sie dies für sich nutzen können?

g) EIGENE MOTIVATION

Bitte schätzen Sie auf dieser Skala Ihre Therapiemotivation ein.

(1 bedeutet dabei keine Motivation, 10 bedeutet sehr hohe Motivation)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. UNTERSCHRIFTEN

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGEN

Ja, siehe unten

Nein, ich erteile keinerlei
Schweigepflichtentbindung

Wenn ja: Ich entbinde hiermit die Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen für alle aufnahmerelevanten Fragen von der Schweigepflicht gegenüber den unten angegebenen Personen. Ich bin damit einverstanden, dass mit den unten angegebenen Personen, über die Tatsache des angestrebten Aufenthalts, über fehlende/noch benötigte Aufnahmeunterlagen, Wartezeiten, die Nichtaufnahme, etc. gesprochen werden darf. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig abgegeben wird und jederzeit von mir widerrufen werden kann.

**Die Schweigepflichtentbindung ist nur gültig,
wenn Namen und Adressen vollständig angegeben sind.**

Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen.

Personen	Name(n) (PLZ, Ort, Straße, Telefon)
Ehe-/Lebenspartner*in	-----
Jugendamt/ Familienhilfe/ Beratungsstelle	-----
Einweisende*r Ärztin/Arzt	-----
Therapeutin/Therapeut	-----
Krankenkasse	-----
Sonstige (Eltern, Kinder, Verwandte, etc.)	-----

Ort, Datum

Unterschrift

DATENSCHUTZ

Patienten*Patientinnen-Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie unsere beiliegende Datenschutzerklärung gelesen haben und in die Verarbeitung und Speicherung ihrer personenbezogenen Daten einwilligen. Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

* **ERREICHBARKEIT EMAIL & TELEFON** Ja, gelesen

Wir versenden alle unsere Anschreiben aus ökologischen Gründen grundsätzlich per Email.

Geben Sie daher bitte eine gültige Email-Adresse an, deren Posteingang Sie mindestens täglich überprüfen. Bitte auch unbedingt die korrekte Telefon- und/oder Mobilnummer angeben, unter der Sie zuverlässig erreichbar sind. Sollten Sie einen Anrufbeantworter oder die Mobilbox verwenden, stellen Sie bitte sicher, dass Sie die Nachrichten regelmäßig abhören und unsere Rückrufbitte Sie erreichen kann.

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen umgehend mit.

Diese Unterstützung benötigen wir vor allem auch für die Abstimmung Ihres Aufnahmetermins. Wenn wir freie Plätze haben und Sie nicht erreichen können, kann es zu einer deutlichen Verlängerung Ihrer Wartezeit kommen.

RICHTIGKEIT ALLER ANGABEN

Bitte bestätigen Sie das eigenhändige Ausfüllen und die Richtigkeit Ihrer Angaben hier mit Ihrer Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift



Therapeutischer/ärztlicher Fragebogen

zur Vorbereitung des stationären psychosomatischen Aufenthaltes

Version: 251_CST

Heiligenfeld Kliniken GmbH
Zentrales Aufnahmemanagement
Altenbergweg 6
97688 Bad Kissingen

ZUSENDUNG GERNE AUCH PER EMAIL

Email: info@heiligenfeld.de

DATUM:

.....

ALLGEMEINES

IHRE ADRESSE (oder Stempel):

Arztnummer _____

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

Email-Adresse _____

WIE SIND SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Messe/Kongress | <input type="checkbox"/> Newsletter |
| <input type="checkbox"/> Kollegin/Kollege | <input type="checkbox"/> Internetrecherche |
| <input type="checkbox"/> www.heiligenfeld.de | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

ANGABEN ZUM PATIENTEN/DER PATIENTIN

GESCHLECHT weiblich männlich divers -> Anrede **GEBURTSDATUM** _____

ANREDE, NAME, VORNAME: _____

STRASSE, HAUSNUMMER: _____

PLZ, WOHNORT: _____

TELEFON-/MOBILNUMMER: _____

EMAIL-ADRESSE: _____

KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS: gesetzlich privat

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE: _____

SEIT WANN IST DIE PATIENTIN*DER PATIENT BEI IHNEN IN BEHANDLUNG? DATUM:

ANGABEN ZU PSYCHOSOMATISCHEN MAßNAHMEN

Ist Ihr*e Patient*in aktuell in ambulanter, psychotherapeutischer Behandlung? Ja, seit: _____ Nein

Wenn nein, weshalb ist dies nicht angezeigt: _____

Ambulante Therapie Wartezeit zu lang Kein Platz verfügbar Maßnahmen ausgeschöpft
 Ambulantes Setting ungeeignet

ANGABEN ZUR THERAPIEFÄHIGKEIT

Besteht eine ausreichende Eigenmotivation? Ja Nein

Ist Ihr*e Patient*in in einem psychosomatischen Setting gruppentherapiefähig? Ja Nein

Die Behandlung in regulärer* Langzeit-Therapie ist für die Patientin*den Patienten angezeigt? Ja Nein
(* Ø Aufenthaltsdauer ca. 8 Wochen)

ANGABEN ZUR BEHANDLUNGS-BEDÜRFTIGKEIT/NOTWENDIGKEIT

Ist (räumlicher) Abstand zum heimischen/familiären Milieu indiziert? Ja Nein

Sind Therapiedichte sowie die multimodalen Behandlungsmöglichkeiten eines stationären Krankenhaussettings notwendig für die Behandlung Ihrer Patientin*Ihres Patienten? Ja Nein

MEDIZINISCH/PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGABEN ZUM PATIENTEN

BITTE GEBEN SIE DIE VON IHNEN FESTGESTELLTE(N) DIAGNOSE(N) NACH ICD-10 AN:

F- _____

F- _____

F- _____

F- _____

Weitere: _____

MEDIKAMENTE

Nimmt Ihr*e Patient*in aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein? Ja Nein
Falls ja, in welcher Dosis und seit wann. ggf. Medikamentenplan beilegen.

Name des Medikamentes	Dosis:	Seit wann:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

WEITERE ANGABEN ZUR PATIENTIN*ZUM PATIENTEN

Bitte geben Sie die Körpergröße _____ und das Gewicht _____ des Patienten*der Patientin an.

Besteht aktuell eine Suchtproblematik Ja Nein

Verhaltenssüchte (Medien, Computerspiele, Sex, Glücksspiel, etc.) Ja Nein

Stoffgebundene Süchte (Tabak/Nikotin, Alkohol, Drogen, etc.) Ja Nein

Bei **Jugendlichen** Nikotin/Tabak Ja Nein

Ist Ihr*e Patient*in hinsichtlich Substanzkonsum (Alkohol, Drogen) abstinenzfähig- u. bereit? Ja Nein

Bei **Jugendlichen zusätzlich**: Patient*in ist hinsichtlich Tabak/Nikotin abstinenzfähig u. bereit Ja Nein

Dekompensation bereits bestehender Symptomatik Ja Nein

Akute Krise bei gravierendem Life-Event
z.B. Unfall/Krankheit/Tod eines Angehörigen, kürzlich erlittenes traumatisches Ereignis, etc. Ja Nein

Besteht Chronifizierungsgefahr Ja Nein

Ist Ihr*e Patient*in akut suizidal Ja Nein

Gab es in den letzten 6 Monaten einen/mehrere Suizidversuch(e) Ja Nein

Wenn ja, wie viele: _____ Wann zuletzt: _____

Ist Ihr*e Patient*in aktuell psychotisch/(hypo-)manisch Ja Nein

Hatte Ihr*e Patient*in in der Vergangenheit psychotisch/(hypo-)manische Episode(n) Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt: _____

Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung? Ja Nein

Benötigt Ihr*e Patient*in pflegerische Unterstützung? Ja Nein

Wenn ja wobei: _____

Kann sich Ihr*e Patient*in selbstständig in einem rollstuhlgerechten, aber nicht barrierefreien Gebäude bewegen und orientieren? Ja Nein

Wenn nein weshalb: _____

Liegen schwerere (Vor-) Erkrankungen oder körperlichen Behinderungen vor? Ja Nein

Falls ja, welche (bitte entsprechende Berichte beifügen) _____

SONSTIGE, IHNEN WICHTIGE ANGABEN

ZUSÄTZLICH FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

- a) Ist das Kind/der*die Jugendliche im familiären Rahmen, in KiTa/KiGa, Schule oder sonstiger Einrichtung mit gewalttätigem Verhalten aufgefallen? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Maße: _____

Wenn ja, kam es zu sexualisierter Gewalt bzw. sexuellen Übergriffen? Ja Nein

- b) Zeigt das Kind/der*die Jugendliche (beginnende) dissoziale Verhaltensweisen (Quälen von Menschen und Tieren, fehlende Empathie und Schuldbewusstsein, etc)? Ja Nein

- c) Ist das Kind/der*die Jugendliche (auch mit Hilfe Dritter) steuerungsfähig? Ja Nein

- d) Benötigt das Kind/der*die Jugendliche im Gruppensetting eine extra 1:1 Betreuung, wenn auch nur teilweise? Ja Nein

- e) Besteht beim Kind/dem*der Jugendliche*n eine manifeste Essstörung? Ja Nein

Wenn ja, wie äußert sich diese: _____

- f) War das Kind/der*die Jugendliche im letzten halben Jahr fremduntergebracht? Ja Nein

Wenn ja, weshalb, wie lange und bis wann zuletzt: _____

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift/Praxisstempel

1. HILFSTELLUNG FÜR DIE EINWEISENDEN ÄRZTE*ARZTINNEN

Verordnung von Krankenhausbehandlung § 39 SGB V - Krankenhausbehandlung

- es ist für gesetzlich Versicherte keine zusätzliche Klärung mit der Krankenkasse notwendig
- die Einweisung muss direkt auf die Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen ausgestellt sein

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i> <input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG) Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser Heiligenfeld Klinik Waldmünchen
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Mögliche Diagnosen

Beispiele Kinder → hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), Störung des Sozialverhaltens (F 91), auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0), Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1), Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen Bindungen (F91.2), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3), Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0), Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0), phobische Störung des Kindesalters (F93.1), Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2), reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1), Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)

weiterhin bei Jugendlichen → mittelgradige depressive Episode (F32.1), Somatisierungsstörung (F45.0), Anorexia nervosa (F50.0), Bulimia nervosa (F50.2)

Beispiele Erwachsene → rezidivierende mittelgradige depressive Episode (F33.1), schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), soziale Phobien (F40.1), spezifische Phobien (F40.2), Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (F41.0), generalisierte Angststörung (F41.1), Zwangsstörungen (F42), posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), Somatisierungsstörung (F45.0), Depersonalisations-, Derealisationssyndrom (F48.1), Anorexia nervosa (F50.0), Bulimia nervosa (F50.2)

Burnout-Syndrom sollte, soweit explorierbar, als Kombination einer F3 und F4 Diagnose kodiert und dargestellt werden.

Patienteninformationen

zur Erhebung personenbezogener Daten



Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unserer Einrichtungen als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt.

Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, genutzt, übermittelt usw. Insgesamt spricht man von der "Verarbeitung" Ihrer Daten. Dieser Begriff der "Verarbeitung" bildet den Oberbegriff über alle diese Tätigkeiten. Die Verarbeitung von Patientendaten in unseren Einrichtungen ist aus Datenschutzgründen nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Patient hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre patientenbezogene Versorgung/Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Ebenso erfolgen Verarbeitungen – im Sinne einer bestmöglichen Versorgung – im Hinblick auf interdisziplinäre Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung bzgl. Diagnostik, Therapie, Befunden sowie Krankheits-/Vitalstatus. Daneben werden Arztbriefe/Berichte geschrieben und es erfolgen Verarbeitungen aus Qualitätssicherungsgründen, zum Erkennen und Bekämpfen von Krankenhausinfektionen sowie zur seelsorgerischen und sozialen Betreuung und zum Entlassmanagement.

Neben diesen patientenbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, aus Gründen des Controllings/der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen usw. Ferner erfolgen von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens, zur Forschung oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z. B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, an Krebsregister) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen, usw.

Weiterhin verarbeiten wir im Rahmen des stationären Aufenthaltes Ihre Daten zur Weiterentwicklung von Dienstleistungen im Sinne der Patientenorientierung. Als Quelle nutzen wir z. B. das aktive Ideen-/Kritik- Beschwerde-/Meinungsforum.

Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich – sofern möglich – bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Krankenhäusern, die etwa Ihre Erst-/Vor-Behandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog. MVZ), usw. Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unseren Einrichtungen im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an der Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten, wozu etwa auch Ärzte anderer Abteilungen zählen, die an einer fachübergreifenden Behandlung teilnehmen oder die Verwaltung, die die Abrechnung Ihrer Behandlung vornimmt.

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht. Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Krankenhausträger

Die Grundlage dafür, dass der Krankenhausträger Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass der Krankenhausträger für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. Auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die dem Krankenhausträger eine Verarbeitung der Daten erlauben.

Genannt sei hier insbesondere die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), z. B. Art. 6, 9 DS-GVO, die auch in Deutschland gilt und ausdrücklich regelt, dass Daten von Patienten verarbeitet werden dürfen. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z. B. § 301 SGB V, im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), insbesondere § 22 BDSG (n.F.) und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

- Datenverarbeitungen zum Zwecke der Durchführung sowie Dokumentation des Behandlungsgeschehens einschließlich des innerärztlichen und innerprofessionellen Austauschs im Krankenhaus über den Patienten für die Behandlung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. §§ 630a ff, 630f BGB i. V. m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen, sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an "Externe" im Sinne einer gemeinsamen Behandlung (im Team), Zuziehung externer Konsiliarärzte, z. B. Labor, Telemedizin, sowie Zuziehung externer Therapeuten (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen, sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 301 SGB V),
- Datenübermittlung zu Zwecken der Qualitätssicherung (Art. 9 Abs. 2i DS-GVO i. V. m. § 299 SGB V i. V. m. § 136 SGB V bzw. den Richtlinien des G-BA), usw.

Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien

Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Behandlung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalien. Davon ausgenommen sind ausschließlich die Fälle der vertraulichen Geburt.

Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- gesetzliche Krankenkassen, sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen, sofern Sie privat versichert sind,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte,
- weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeeinrichtungen,
- sog. externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter) sowie
- Seelsorger (in kirchlichen Einrichtungen), usw.

Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

Sofern Daten übermittelt werden, hängt es im Einzelfall vom jeweiligen Empfänger ab, welche Daten dies sind. Bei einer Übermittlung entsprechend § 301 SGB V an Ihre Krankenkasse handelt es sich zum Beispiel um folgende Daten:

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversichertennummer,
5. Versichertenstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahme- und die Einweisungsdauer, bei einer Änderung der Aufnahme- und die Einweisungsdauer, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
7. Datum und Art der jeweils in der Einrichtung durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Behandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die in der jeweiligen Einrichtung durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

Widerruf erteilter Einwilligungen

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie dem Krankenhausträger gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie – schriftlich/per Mail/Fax – an den Krankenhausträger richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Wahrnehmung berechtigter Interessen des Krankenhausträgers

Sofern der Krankenhausträger zur Durchsetzung seiner Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihre Krankenkasse gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die vom Krankenhausträger gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss der Krankenhausträger (zu Zwecken der Rechtsverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Der Krankenhausträger ist gem. § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kann der Krankenhausträger in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nachkommen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung für lange Zeit von der Einrichtung verwahrt. Auch dazu ist der Krankenhausträger gesetzlich verpflichtet.

Mit der Frage, wie lange die Dokumente im Einzelnen in der Einrichtung aufzubewahren sind, beschäftigen sich viele spezielle gesetzliche Regelungen. Zu nennen sind hier etwa die Röntgenverordnung (RöV), die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO), das Transfusionsgesetz (TFG) und viele mehr. Diese gesetzlichen Regelungen schreiben unterschiedliche Aufbewahrungsfristen vor.

Daneben ist zu beachten, dass Krankenhäuser Patientenakten auch aus Gründen der Beweissicherung bis zu 30 Jahre lang aufbewahren. Dies folgt daraus, dass Schadensersatzansprüche, die Patienten gegenüber der Einrichtung geltend machen, gemäß § 199 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) spätestens in 30 Jahren verjähren. Ein Haftungsprozess könnte also erst Jahrzehnte nach Beendigung der Behandlung gegen den Krankenhausträger anhängig gemacht werden. Würde die Einrichtung mit der Schadensersatzforderung eines Patienten wegen eines behaupteten Behandlungsfehlers konfrontiert und wären die entsprechenden

Krankenunterlagen inzwischen vernichtet, könnte dies zu erheblichen prozessualen Nachteilen für die Einrichtung führen.

Aus diesem Grunde wird Ihre Patientenakte bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d. h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen. Sie ergeben sich aus der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), die auch in Deutschland gilt:

- **Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO**
Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.
- **Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO**
Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.
- **Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO**
Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO**
Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.
- **Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO**
Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 EU Datenschutz-Grundverordnung. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen.

Datenschutzbeauftragter des Krankenhauses

Der Krankenhausträger hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Seine Kontaktdaten lauten wie folgt:

Herr Christian Volkmer	Tel.:	0941 2986930
Projekt 29 GmbH & Co. KG	Fax:	0941 29869316
Ostengasse 14	E-Mail:	anfragen@projekt29.de
93047 Regensburg	Internet:	www.projekt29.de

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.