



Heiligenfeld

# Informationen und Aufnahmeunterlagen

zur Aufnahme von  
gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten

Heiligenfeld Kliniken GmbH  
**Patientenservice Aufnahme**  
Altenbergweg 6  
97688 Bad Kissingen

Telefon: 0971 84-0  
Telefax: 0971 84-4195  
E-Mail: [info@heiligenfeld.de](mailto:info@heiligenfeld.de)



Guten Tag,

# Heiligenfeld

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung in den Heiligenfeld Kliniken interessieren!  
Nachfolgend finden Sie die wichtigsten Informationen für eine Aufnahme in eine unserer Kliniken.

## Standortinformation zur geplanten/gewünschten Maßnahme:

(siehe auch Beiblatt „Klinikübersicht – Krankenhaus und Rehabilitation“)

- ☉ **Stationäre Krankenhausbehandlungen für volljährige Einzelpatienten** über Ihre gesetzliche Krankenkasse führen wir an **allen Standorten** durch.
- ☉ **Stationäre Krankenhausbehandlungen für Familien** über Ihre gesetzliche Krankenkasse führen wir in unserer **Familienklinik in Bad Wörishofen** durch (geplante Eröffnung innerhalb des ersten Halbjahres 2025).
- ☉ **Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** über Ihren Rentenversicherungsträger oder die gesetzliche Krankenkasse führen wir in der **Rosengartenklinik Heiligenfeld Bad Kissingen** durch.

## Aufnahme mit Tier

Die **Tierbegleitete Therapie** wird ausschließlich am Standort **Bad Kissingen** (Fachklinik Heiligenfeld, Rosengartenklinik Heiligenfeld) angeboten. In den Heiligenfeld Kliniken Uffenheim und Berlin ist die Mitnahme des Tieres als „Begleittier“ allerdings möglich. Wir bitten um entsprechende Vorauswahl der gewünschten Klinik im Formular „*Wahlleistung Unterbringung*“. Bei Aufnahme mit Tier ist mit längeren Wartezeiten zu rechnen.

## Aufnahmeunterlagen + Aufnahmeverfahren

Um Ihre Aufnahme in eine unserer Kliniken prüfen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Unterlagen, welche wir Ihnen auf der anliegenden **Checkliste** zusammengestellt haben.

Bitte senden Sie uns Ihre Unterlagen **vollständig, nur in Kopie** und **bei geplanter Rehabilitation erst nach Erhalt der Kostenzusage** für unser Haus. Bei **geplanter Krankenhausbehandlung** senden Sie uns bitte eine **Kopie der Krankenhaus-Einweisung** bereits mit den übrigen Aufnahmeunterlagen zu (die Original-Einweisung wird erst am Aufnahmetag benötigt).

**Aus Datenschutzgründen senden wir keinerlei Unterlagen zurück.**

Weiterhin bitten wir Sie, auf **Doppelzusendungen** (z. B. per E-Mail und postalisch) sowie das Tackern von Unterlagen zu **verzichten**. Bei Zusendung per E-Mail achten Sie bitte auf eine **gute Dokumentenqualität** (nutzen Sie z. B. eine Scan-App statt Fotografien, keine zu dunklen Anhänge usw.). Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unverschlüsselte E-Mail-Zusendungen sehr riskant und Ihre sensiblen Daten ggf. nicht vor Fremdzugriffen geschützt sind. Nutzen Sie im Idealfall den **Postversand**. Sind alle Unterlagen vollständig bei uns eingegangen, bestätigen wir Ihnen dies vorzugsweise per Post. Im Anschluss daran wird Ihre Aufnahme geprüft.

## Wartezeiten

Nach positiver Prüfung erhalten Sie von uns anschließend eine Information zur aktuellen Wartezeit.

- ☉ **Krankenhausbehandlung:** Bei Patient\*innen mit Erstwohnsitz **außerhalb Bayerns** (für die bayerischen Krankenhäuser) **bzw. Berlins** (für den Standort Berlin) rechnen wir mit i. d. R. mehrmonatigen Wartezeiten. Bei Aufnahme mit Tier ist mit deutlich verlängerten Wartezeiten zu rechnen.

**\*TIPP:\*** Bei **freier Standortzuteilung** (Bad Kissingen, Uffenheim, Bad Wörishofen, Berlin und Waldmünchen) durch die **Belegungsplanung** sowie die Bereitschaft zur kurzfristigen Anreise (**Standby-Option**) wird Ihnen automatisch der schnellstmögliche Behandlungsplatz zuteil.

**\*Hinweis Familienklinik Bad Wörishofen:\*** Eine Auskunft zur Wartezeit kann aktuell noch nicht erfolgen. Zu rechnen ist hier mit mehrmonatigen Wartezeiten – eine Anmeldung kann allerdings bereits vorgenommen werden.

- ☺ Im Rahmen einer **Rehabilitationsmaßnahme** ist uns eine Aufnahme i. d. R. innerhalb der Gültigkeitsdauer der Kostenzusage (i. d. R. 6 Monate) möglich. Ausgenommen hiervon ist je nach Belegungssituation ggf. die Aufnahme mit Tier.

**Bitte beachten Sie:** Die Auskunft zur Wartezeit stellt lediglich eine ungefähre Vorausschau dar, die aufgrund der zum Abfrage-Zeitpunkt vorliegenden Bedingungen ausgegeben wird. Die Wartezeiten sind generell abhängig von Faktoren wie der Behandlungsdauer, der Anzahl der Behandlungsplätze sowie der vorherrschenden Anfragesituation und können sich daher stetig verändern.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis, dass **Wunschtermine nicht berücksichtigt** werden können, sondern wir Ihnen den schnellstmöglichen Behandlungsplatz anbieten.

Bitte nehmen Sie **eine Anmeldung nur dann vor**, wenn eine Wartezeit medizinisch überbrückbar ist. **Eine Notfallaufnahme ist in unseren Kliniken nicht möglich.**

### Unterbringung

- ☺ Heiligenfeld Kliniken mit **Krankenhausstatus** (Fachklinik Heiligenfeld Bad Kissingen, Heiligenfeld Kliniken Uffenheim, Berlin und Bad Wörishofen):

Die Standardleistung der gesetzlichen Krankenkassen beinhaltet bei einer stationären Krankenhausbehandlung **maximal ein Zweibettzimmer**. Ein **Anspruch** auf ein Einbettzimmer besteht **nicht**. Die Einbestellung erfolgt aufgrund eines freien Behandlungsplatzes und ist unabhängig von der Zimmerplanung. Die Zimmerplanung kann von extern weder durch medizinische Atteste noch durch Zuzahlungen beeinflusst werden. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir vor Ihrer Aufnahme keinerlei Auskünfte zur Zimmerbelegung erteilen.

**\*TIPP\*:** Aufgrund der konzeptionellen Veränderung der **Heiligenfeld Klinik Waldmünchen** zu einer Klinik für Erwachsene ist **bis auf Weiteres** dort die **Unterbringung in einem Einzelzimmer höchstwahrscheinlich**.

- ☺ Bei **Mitnahme Ihres Haustieres** (Vor Anmeldung erforderlich; aufpreispflichtig; möglich in der Fachklinik Bad Kissingen, Heiligenfeld Kliniken Uffenheim und Berlin) erfolgt die Unterbringung gemeinsam mit Ihrem Tier in einem Einbettzimmer.
- ☺ Rosengartenklinik Heiligenfeld (**Rehabilitationseinrichtung**):  
Im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme in der Rosengartenklinik Heiligenfeld erfolgt die Unterbringung in einem Einbettzimmer (bei Mitnahme des Haustieres: aufpreispflichtig).

### Fragen zu Therapie und Behandlungskonzepten

Weitreichende Informationen zu unserer Therapie und den Behandlungskonzepten finden Sie ganz bequem unter [www.heiligenfeld.de](http://www.heiligenfeld.de).

Haben Sie noch weitere Fragen? Unser **Patientenservice Aufnahme** in Bad Kissingen informiert Sie gerne montags bis donnerstags von 08:00 Uhr bis 17:00 Uhr und freitags von 08:00 Uhr bis 14:30 Uhr unter **0971 84-0** oder **per E-Mail** an [info@heiligenfeld.de](mailto:info@heiligenfeld.de).

Herzliche Grüße  
Ihr Team des Patientenservice Aufnahme

### Stationäre Krankenhausbehandlungen (§39 SGB V) über die gesetzliche Krankenkasse:

#### **Fachklinik Heiligenfeld Bad Kissingen:**

- Aufnahme von volljährigen Patienten
- 14tägige Krisenintervention für Patienten mit bayerischem Erstwohnsitz möglich  
→ bitte beachten Sie das gesonderte Beiblatt
- Reguläre stationäre Therapie (Dauer durchschnittlich 6 bis 8 Wochen)
- Tierbegleitete Therapie möglich (Heiligenfelder Zentrum für Tierbegleitete Therapie)
- Kurtaxpflicht für max. 42 Tage im Kalenderjahr
- Nähere Informationen finden Sie unter **fachklinik.heiligenfeld.de**

#### **Heiligenfeld Klinik Uffenheim:**

- Aufnahme von volljährigen Patienten
- 14tägige Krisenintervention für Patienten mit bayerischem Erstwohnsitz möglich  
→ bitte beachten Sie das gesonderte Beiblatt
- Reguläre stationäre Therapie (Dauer durchschnittlich 6 bis 8 Wochen)
- Tiermitnahme möglich (keine Tierbegleitete Therapie)
- Nähere Informationen finden Sie unter **uffenheim.heiligenfeld.de**

#### **Heiligenfeld Klinik Waldmünchen:**

- Aufnahme von volljährigen Patienten
- Reguläre stationäre Therapie (Dauer durchschnittlich 6 bis 8 Wochen)
- Nähere Informationen finden Sie unter **waldmuenchen.heiligenfeld.de**

#### **Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen**

- **Klinik für Erwachsene:**
  - Aufnahme von volljährigen Patienten (Einzelperson)
  - Reguläre stationäre Therapie (Dauer durchschnittlich 6 bis 8 Wochen)
- **Familienklinik:**
  - **Geplant im 1. Halbjahr 2025:** Aufnahme von voll- und minderjährigen Patienten (Kinder, Jugendliche sowie Familien in unterschiedlichsten Konstellationen)
  - Aufnahme erfolgt immer als **Patient** (keine Begleitpersonen)
- Nähere Informationen finden Sie unter **badwoerishofen.heiligenfeld.de**

#### **Heiligenfeld Klinik Berlin:**

- Aufnahme von volljährigen Patienten, vornehmlich mit **Erstwohnsitz Berlin**
- vollstationäre Therapie (Dauer durchschnittlich 6 bis 8 Wochen)
- teilstationäre Therapie (Tagesklinik)
- Tiermitnahme möglich (keine Tierbegleitete Therapie)
- Nähere Informationen finden Sie unter **berlin.heiligenfeld.de**

### Stationäre Rehabilitationsmaßnahme (§40 SGB V):

#### **Rosengartenklinik Heiligenfeld Bad Kissingen**

- Aufnahme von volljährigen Rehabilitanden
- Reguläre stationäre Therapie (Dauer durchschnittlich 4 bis 5 Wochen)
- Tierbegleitete Therapie möglich (Heiligenfelder Zentrum für Tierbegleitete Therapie)
- Nähere Informationen finden Sie unter **rosengartenklinik.heiligenfeld.de**



# Wissenswertes zu regionalen Beschränkungen

Version: 251\_asg

## Kriseninterventionsgruppe:

Die Heiligenfelder Krisenintervention ist ein spezielles regionales Behandlungsangebot der **Fachklinik** Heiligenfeld Bad Kissingen und der Heiligenfeld Klinik **Uffenheim** zur kurzfristigen Stabilisierung von Patienten mit **Erstwohnsitz in fest definierten Landkreisen:**

Krisengruppe Bad Kissingen	Krisengruppe Uffenheim
Stadt + Landkreis Bad Kissingen	Stadt Uffenheim
Stadt + Landkreis Schweinfurt	Stadt + Landkreis Ansbach
Stadt + Landkreis Bad Neustadt	Stadt + Landkreis Bad Windsheim
Landkreis Rhön-Grabfeld	Stadt + Landkreis Neustadt/Aisch
	Stadt + Landkreis Würzburg
	Stadt + Landkreis Kitzingen

Die Behandlungsdauer beträgt im Rahmen dieses Behandlungsprogramms genau **14 Tage**.

### Wichtig:


- Die Anmeldung/Reservierung erfolgt **ausschließlich telefonisch** durch den Patienten – freie Betten werden direkt an den Anfragenden vergeben.
- Nach Reservierung eines freien Platzes benötigen wir schnellstmöglich die Aufnahmeunterlagen (ärztlicher Befund/Fragebogen, persönlicher Fragebogen, Krankenhaus-Einweisung).
- Nach Zugang der notwendigen Aufnahmeunterlagen erfolgt die medizinische Prüfung bzgl. einer möglichen Aufnahme. Erst nach positiver Prüfung wird Ihnen der reservierte Termin final bestätigt.
- Es besteht keine Warteliste.
- Eine Verlängerung über die Dauer von 14 Tagen hinaus oder eine Übernahme nach 14 Tagen in die reguläre Langzeittherapie ist nicht möglich.
- Die Mitnahme des eigenen Haustiers ist im Rahmen der Krisenintervention **nicht** möglich!
- Die Unterbringung erfolgt im Rahmen der Krisenintervention an beiden Standorten in **Zweibettzimmern!**

## Tagesklinik Berlin:

In die Tagesklinik Berlin (teilstationäre/tagesklinische Behandlung) werden vorrangig Patienten aus den umliegenden, Bezirken aufgenommen. Längere Anfahrtszeiten sollen vermieden werden.

## Haben Sie noch Fragen?

**Patientenservice Aufnahme** der Heiligenfeld Kliniken

 0971 84-0

@ info@heiligenfeld.de



# Checkliste

## Haben Sie an alles gedacht?

Bitte prüfen Sie vor Einsendung Ihrer Aufnahmeunterlagen diese (möglichst) auf Vollständigkeit. Durch eine vollständige Zusendung der benötigten Unterlagen erleichtern Sie die Bearbeitung und beschleunigen das Aufnahmeverfahren.

Diese Checkliste dient lediglich zu Ihrer Übersicht und muss den Aufnahmeunterlagen **nicht** beigelegt werden.

### **Folgende Unterlagen benötigen wir für die Prüfung Ihres Aufnahmegesuchs:**

- persönlicher Fragebogen (8 Seiten)**
  - alle **8** Seiten vollständig ausgefüllt und beigelegt?
  - Unterschriften (Datenverarbeitung, Schweigepflichtsentbindung) geleistet?
  
- ärztlicher/therapeutischer Befund (2seitiger Fragebogen, praxiseigener Befund oder medizinischer Reha-Antrag) vom ambulanten Behandler ausgefüllt?**
  
- Aufnahme im Rahmen einer Krankenhausbehandlung:**  
**Krankenhaus-Einweisung**
  - gut lesbar?
  - bestenfalls vom Facharzt oder niedergelassenen Psychotherapeuten ausgestellt?
  - ausgestellt auf „**Heiligenfeld Klinik**“?
  
- Aufnahme im Rahmen einer Rehabilitation:**
  - **Kostenzusage** durch Kostenträger (Rentenversicherung/Krankenkasse/Berufsgenossenschaft/Unfallkasse) wurde **erteilt**?
  
- Sind Entlassberichte erforderlich (vorherige stationäre psychosomatische oder psychiatrische Klinikaufenthalte innerhalb der letzten 3 Jahre)?**
  
- Gesonderte Zubereitung von Speisen aufgrund von Nahrungsmittelunverträglichkeiten benötigt?**
  - ärztliches Attest beigelegt?
  
- Aufnahme mit Tier gewünscht?**
  - Formular „**Wahlleistung Unterbringung**“ ausgefüllt und beigelegt?
  - bei **Hund**: Fragebogen Hund ausgefüllt und beigelegt?
  - **Versicherungsnachweis** (z. B. private Hundehaftpflicht, private Haftpflicht bei Katze/Kleintier) beigelegt?

→ Die **Gesundheitsbescheinigung für das Tier** wird erst am **Anreisetag in der Klinik benötigt**. Diese sollten Sie sich einige Tage vor **Anreise vom Tierarzt ausstellen lassen**.

### **Alle Unterlagen vollständig? Kopie angefertigt?**

→ Senden Sie uns die Kopien **vorzugsweise per Post** an

**Heiligenfeld Kliniken GmbH  
Patientenservice Aufnahme  
Altenbergweg 6  
97688 Bad Kissingen**



## Fragebogen

zur Vorbereitung Ihres stationären psychosomatischen Aufenthaltes  
(Stationäre Krankenhausbehandlung/stationäre Rehabilitation)

### 1. Angaben zur Person

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Name, Vorname: ..... Geb.Datum: .....

Straße, PLZ, Ort: .....

Telefon tagsüber: ..... Telefon mobil: .....

E-Mail: .....

### 2. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- (ehemaliger) Mitarbeiter  Internet (Suchmaschine/Anzeige)  Prospekt  
 (ehemaliger) Patient  behandelnder Arzt/Therapeut  Anzeige  
 Familie, Freunde, Bekannte  Empfehlung Krankenversicherung  Veranstaltung/Vortrag  
 Heiligenfelder Gesundheitsreferent

### 3. Angaben zu Versicherungsstatus und gewünschter Behandlungsmaßnahme

Name der Krankenkasse/Rentenversicherung .....

Versicherungsnummer (KK oder RV): .....

Für welche **Behandlungsmaßnahme** möchten Sie sich anmelden?

stationäre Krankenhausbehandlung:

#### Wunschklinik:

- egal** (Sie erhalten den **frühestmöglichen** Termin in einem der genannten Krankenhäuser)  
 **Fachklinik Heiligenfeld Bad Kissingen**  
 Heiligenfeld Klinik **Uffenheim**  
 Heiligenfeld Klinik **Waldmünchen**  
 Heiligenfeld Klinik **Bad Wörishofen**  
 Heiligenfeld Klinik **Berlin (vollstationär)**  Tagesklinik Heiligenfeld **Berlin (teilstationär)**

**Bitte beachten Sie dringend unsere zusätzlichen Informationen zu den ggf. regionalen Aufnahme-Einschränkungen oder besonderen Aufnahmeverfahren (v.a. Krisenintervention und Tagesklinik Berlin)!**

stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Rosengartenklinik Heiligenfeld Bad Kissingen)

### 4. Stand-by-Option

Wenn Patienten unser Haus vorzeitig verlassen oder **kurzfristig** den Aufenthalt absagen, können wir Wartende über die sog. Stand-by-Liste berücksichtigen. Voraussetzung dafür ist, dass es Ihnen möglich ist, **sehr kurzfristig**, d. h. auch innerhalb **weniger Tage** anzureisen.

**Wichtig zu wissen:** Wenn wir Ihnen einen Stand-by-Termin anbieten, erwarten wir, dass Sie ihn auch **annehmen**. Kreuzen Sie daher diese Option nur an, wenn Ihnen **eine kurzfristige Anreise organisatorisch möglich** ist.

Die Stand-by-Option greift erst mit positiver Prüfung Ihrer Aufnahmeunterlagen.

Eine kurzfristige Anreise ist mir möglich:  JA  NEIN

**5. Bitte geben Sie Ihren einweisenden Arzt und aktuellen Therapeuten (falls unterschiedlich) an:**

**einweisender Arzt:**

**ambulant behandelnder Therapeut:**

Fachrichtung: ..... Fachrichtung: .....  
Name, Vorname: ..... Name, Vorname: .....  
Straße: ..... Straße: .....  
PLZ, Ort: ..... PLZ, Ort: .....  
Telefon, Telefax: ..... Telefon, Telefax: .....

**6. Angaben zur aktuellen Lebenssituation**

a) Familienstand

ledig  mit Partner/in  verheiratet  in Lebensgemeinschaft  
 getrennt lebend  geschieden  verwitwet  wieder verheiratet

b) Wohnsituation

alleinlebend  mit Partner/in  mit der Familie zusammen  
 bei den Eltern  mit Kind/ern  Wohngemeinschaft

c) Kinder

NEIN  JA (Anzahl und Alter): .....

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  NEIN  JA, in der ..... SSW

d) Berufliche Situation

erlernter Beruf: .....

derzeit ausgeübter Beruf: .....

Beschäftigungsverhältnis:  angestellt  Beamter  selbstständig  Ausbildung/Studium  
 Schüler  Freiberufler  ohne Arbeit  im Ruhestand

Branche/Institution/Schulart/Behörde: .....

Führungskraft/Leitungsfunktion:  JA  NEIN

Besteht derzeit eine Arbeits-/Studier-/Schulunfähigkeit?  JA, seit .....  NEIN

Sind Sie motiviert, (wieder) zu arbeiten?  JA  NEIN

**7. Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt?**

**ambulant:**  NEIN  JA – Befinden Sie sich **aktuell** in ambulanter Behandlung?  NEIN  JA

**stationär:**  NEIN  JA – Anzahl der stationären Aufenthalte in den letzten 3 Jahren: .....



**Hinweis:** Im Falle **stationärer** psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlungen senden Sie uns bitte mit Ihren Aufnahmeunterlagen die jeweiligen **Entlassungsberichte der letzten 3 Jahre**.



---

## 8. Vorerkrankung, körperliche Einschränkungen, Behinderung, Pflege-/Hilfsmittel

a) Gibt es wichtige körperliche (Vor-)Erkrankungen, Einschränkungen/Beeinträchtigungen oder Behinderungen?

NEIN  **JA, und zwar:**

-----

-----

b) Sind Sie auf spezielle Pflege oder Hilfsmittel angewiesen (z. B. Schlafapnoe-Gerät, Katheter, Rollator, Rollstuhl, Gehhilfen/Krücken o. ä.)?

NEIN  **JA, auf** -----

-----

c) Pflegegrad, Pflegedienst, Hilfsdienste

Einstufung in einen Pflegegrad?  NEIN  **JA**, in Pflegegrad-----

Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen?  NEIN  **JA**, ----- Std./Woche

Kommen Sie im Alltag vollständig alleine zurecht?  NEIN  JA

d) Haben Sie Allergien?  NEIN  JA

Falls **JA**, welche Allergien liegen vor und welche Medikamente nehmen Sie ggf. ein?

-----

-----

---

## 9. Nehmen Sie aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein?

NEIN

JA: **Name des Medikaments:** ----- **Dosierung:** -----

-----

-----

---

## 10. Essverhalten

a) Gibt es Auffälligkeiten in Ihrem Essverhalten?

NEIN

JA:  Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln  Diäten  
 Erbrechen (**Zusatz:**  häufiger als 1x täglich)  Hungerphasen  
 Unregelmäßigkeit der Mahlzeiten  Essanfälle

b) Körpergröße und Gewicht: ----- **cm** ----- **kg**

Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?  JA  **NEIN, Wohlfühl-Gewicht:** ----- kg

c) Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien gegen Lebensmittel?

NEIN

JA, gegen .....

Ist diesbezüglich eine besondere Zubereitung der Speisen erforderlich?

NEIN

JA



Unsere Mahlzeiten werden in Buffetform mit entsprechenden Kennzeichnungen zur Selbstauswahl gereicht. Falls dennoch eine besondere Zubereitung der Speisen erforderlich ist, senden Sie bitte zusammen mit Ihren Aufnahmeunterlagen ein entsprechendes ärztliches Attest ein. Wir werden zusammen mit unseren Diätassistentinnen prüfen, inwieweit wir Ihnen während des Aufenthaltes eine besondere Zubereitung anbieten können.

### 11. Umgang mit Suchtmitteln

a) Trinken Sie Alkohol?  nie  gelegentlich  wöchentlich  täglich

Wenn **wöchentlich oder täglich**: wie viel und was? .....

b) Nehmen Sie Drogen?  nie  gelegentlich  wöchentlich  täglich

Bei **Einnahme** von Drogen: was, wie häufig und wann zuletzt? .....



Für die Zeit der stationären Therapie vereinbaren wir mit Ihnen eine **Alkoholpause** und es besteht **Drogenverbot**, auch wenn Sie keine Suchterkrankung haben.

Können Sie sich darauf einlassen?

NEIN

JA

### 12. Verletzen Sie sich selbst?

NEIN

JA: in welcher Art? .....

wie oft? .....

wann zuletzt? .....

### 13. Haben Sie Zwänge?

NEIN

JA: in welcher Art? .....

wie oft? .....

Wieviel Zeit wird hierdurch pro Tag beansprucht? .....

### 14. Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?

NEIN

JA: wie oft? .....

wann zuletzt? .....

Halten Sie sich aktuell für suizidgefährdet?

NEIN

JA

**15. Bitte lesen Sie zuerst alle Aussagen durch und kreuzen Sie danach an, was auf Sie zutrifft:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unangenehme (& unsinnige) Gedanken                            | <input type="checkbox"/> vermindertes Selbstwertgefühl                  |
| <input type="checkbox"/> unangenehme (& unsinnige) Handlungen                          | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle                                  |
| <input type="checkbox"/> dauernder Hunger  | <input type="checkbox"/> Verlust an Interessen und Angenehmem           |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht   | <input type="checkbox"/> verminderte Aktivität                          |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust  | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen                             |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung dickmachender Speisen                              | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen                           |
| <input type="checkbox"/> Gefühl zu dick zu sein, trotz besseren Wissens                | <input type="checkbox"/> Alpträume                                      |
| <input type="checkbox"/> Hungern   | <input type="checkbox"/> früheres Erwachen als gewöhnt (2 h & mehr)     |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust   | <input type="checkbox"/> am Schlimmsten ist es morgens                  |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht  | <input type="checkbox"/> anhaltende grundlose Erschöpfung & Müdigkeit   |
| <input type="checkbox"/> ausbleibende Regelblutung                                     | <input type="checkbox"/> übermäßige Schlafneigung während des Tages     |
| <input type="checkbox"/> Essanfälle mit großen Nahrungsmengen                          | <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug                               |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen etc., um Nahrung loszuwerden                        | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                                     |
| <input type="checkbox"/> Scham   | <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit                             |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme   | <input type="checkbox"/> Verzweiflung                                   |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Alltagsbewältigung                                  | <input type="checkbox"/> häufige Suizidgedanken                         |
| <input type="checkbox"/> starke Bedrohung erlebt                                       | <input type="checkbox"/> Furcht vor Menschenmengen                      |
| <input type="checkbox"/> plötzliches Wiedererleben der Bedrohung                       | <input type="checkbox"/> Furcht, den sicheren Ort zu verlassen          |
| <input type="checkbox"/> Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein                      | <input type="checkbox"/> Furcht vor Aufmerksamkeit                      |
| <input type="checkbox"/> eigene Gefühle fühlen sich fremd an                           | <input type="checkbox"/> Furcht, peinlich zu sein                       |
| <input type="checkbox"/> Gefühl, Umgebung ist unwirklich                               | <input type="checkbox"/> Furcht nur vor etwas Speziellem                |
| <input type="checkbox"/> Umwelt wirkt fremd und uninteressant                          | <input type="checkbox"/> plötzliche Panikattacken                       |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle (i. Sinne von Umkippen)                      | <input type="checkbox"/> ständige Befürchtungen im Alltag               |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Wutausbrüchen                                      | <input type="checkbox"/> übertriebenes Vermeidungsverhalten             |
| <input type="checkbox"/> plötzliches Handeln ohne Nachzudenken                         | <input type="checkbox"/> nicht feststellbares körperliches Leiden       |
| <input type="checkbox"/> Unsicherheit bezüglich eigenem Selbstbild                     | <input type="checkbox"/> ständige starke nicht feststellbare Schmerzen  |
| <input type="checkbox"/> Verunsicherung in der weiblichen Identität und Körperlichkeit | <input type="checkbox"/> Misstrauen gegenüber beruhigenden Ärzten       |
| <input type="checkbox"/> intensive aber nur kurze Beziehungen                          | <input type="checkbox"/> ständige Sorge um körperliche Symptome         |
| <input type="checkbox"/> chronisches Gefühl einer inneren Leere                        | <input type="checkbox"/> anhaltende Ohrgeräusche                        |
| <input type="checkbox"/> andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt                     | <input type="checkbox"/> Schwindel                                      |
| <input type="checkbox"/> andauerndes Bedrohungsgefühl                                  | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden                                |
| <input type="checkbox"/> Übertreibung eigener Leistungen und Talente                   | <input type="checkbox"/> Herzklopfen und Herzrasen                      |
| <input type="checkbox"/> häufiger Neid auf andere                                      | <input type="checkbox"/> Speiseröhrenbeschwerden                        |
| <input type="checkbox"/> Kritik & Verachtung für Autoritätspersonen                    | <input type="checkbox"/> Übelkeit                                       |
| <input type="checkbox"/> schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben                   | <input type="checkbox"/> häufiger Durchfall                             |
| <input type="checkbox"/> Unbeteiligtsein bei Gefühlen anderer                          | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen                    |
| <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten                 | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl oder Kribbelgefühl             |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Aggressionen & Gewalt                              | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche                               |
| <input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholkonsum o. Drogenkonsum                     | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden                       |
| <input type="checkbox"/> gesteigerte Aktivität   | <input type="checkbox"/> stark schwankende Gefühle                      |
| <input type="checkbox"/> vermindertes Schlafbedürfnis                                  | <input type="checkbox"/> starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein   |
| <input type="checkbox"/> riskantes Verhalten   | <input type="checkbox"/> Neigung zu starkem Zweifel                     |
| <input type="checkbox"/> starke Überzeugung, die nicht geteilt wird                    | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung durch eigen. Perfektionismus  |
| <input type="checkbox"/> Gedanken werden gemacht oder hörbar                           | <input type="checkbox"/> Sorge, im Sozialen kritisiert zu werden        |
| <input type="checkbox"/> Hören von Stimmen   | <input type="checkbox"/> Unterordnung und Nachgiebigkeit                |
| <input type="checkbox"/> Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten                        | <input type="checkbox"/> Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können |
| <input type="checkbox"/> Drang zum Diebstahl ohne materielle Not                       | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken  |
| <input type="checkbox"/> Drang zur Brandstiftung                                       | <input type="checkbox"/> Einzelgängertum                                |
| <input type="checkbox"/> Konflikt mit dem Gesetz                                       |   |

---

**16. Spielen Religion oder Spiritualität bei Ihnen eine große/bedeutende Rolle?**

NEIN       JA

---

**17. Bitte beschreiben Sie kurz Ihre wichtigsten Probleme, aufgrund derer Sie einen Klinikaufenthalt wünschen (psychisch/körperlich):**

---

---

---

---

---

---

---

---

**18. Worin sehen Sie die Ursache Ihrer Probleme? Beschreiben Sie diese bitte in Stichworten:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**19. Welches sind Ihre wichtigsten Ziele für den stationären Aufenthalt? Beschreiben Sie diese kurz und konkret.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**20. Was schätzen und/oder mögen Sie an sich?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank für die Beantwortung unseres Fragebogens!**

Name, Vorname: ..... Geb.Datum: .....  
(Bitte wiederholen Sie für die korrekte Zuordnung an dieser Stelle Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum)

## UNTERSCHRIFTEN

### DATENSCHUTZ

**Mit der Bearbeitung meiner Aufnahmeunterlagen und der damit verbundenen notwendigen Datenverarbeitung erkläre ich mich einverstanden.** Detaillierte Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie in der beiliegenden **"Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten"**.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die 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.



Datum: ..... Unterschrift: .....

---

### VORAUFWENTHALTE IN DEN HEILIGENFELD KLINIKEN

Wurden Sie bereits in einer Heiligenfeld Klinik stationär behandelt?  NEIN  JA

**Gerne fordern wir für Sie vorhandene Heiligenfelder Entlassberichte an.**

#### Stationärer Aufenthalt in der

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parkklinik Heiligenfeld Bad Kissingen        | <input type="checkbox"/> Heiligenfeld Klinik Berlin      |
| <input type="checkbox"/> Fachklinik Heiligenfeld Bad Kissingen        | <input type="checkbox"/> Heiligenfeld Klinik Uffenheim   |
| <input type="checkbox"/> Rosengartenklinik Heiligenfeld Bad Kissingen | <input type="checkbox"/> Heiligenfeld Klinik Waldmünchen |
| <input type="checkbox"/> Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen           |  |

#### Anforderung von Vorbefunden aus den Heiligenfeld Kliniken:

Ich entbinde hiermit oben angekreuzte Klinik(en) von der Schweigepflicht, soweit dies für die vorstationäre medizinische Prüfung meiner Aufnahme und meine Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Entlassberichte und ähnliche Unterlagen, welche die oben angekreuzte(n) Klinik(en) über mich besitzen, zur Sachaufklärung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen dem Patientenservice Aufnahme der Heiligenfeld Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Schweigepflichtentbindung freiwillig abgegeben wird und jederzeit widerrufen werden kann.

Datum: ..... Unterschrift: .....

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG GEGENÜBER PERSONEN

**JA**, siehe unten       **NEIN**, ich erteile **keine** Schweigepflichtentbindung

**Wenn JA:** Ich entbinde hiermit die Mitarbeiter\*innen der Heiligenfeld Kliniken GmbH 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 Nicht-Aufnahme etc. gesprochen werden darf. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht freiwillig abgegeben wird und jederzeit von mir widerrufen werden kann. **(Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen)**

**Die Schweigepflichtsentbindung ist nur gültig, wenn sie unterschrieben ist und Name sowie Adresse der bevollmächtigten Personen vollständig angegeben sind.**



**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....

Personen	NAME(N), Straße, PLZ, Ort, Telefon
<b>Ehe-/Lebenspartner</b>	
<b>Einweisende(r) Ärztin/Arzt</b>	
<b>Therapeut*in</b>	
<b>Sonstige (Eltern, Kinder, gesetzl. Betreuer, etc.)</b>	
<b>Sonstige (Eltern, Kinder, gesetzl. Betreuer, etc.)</b>	

# Fragebogen – ärztliche/therapeutische Angaben



Heiligenfeld

Liebe Behandlerin, lieber Behandler,

um eine möglichst genaue Prüfung im Vorfeld der Aufnahme durchführen zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe anhand dieses Fragebogens. Bitte füllen Sie diesen **vollständig** und wahrheitsgemäß aus. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie – sofern Sie dies wünschen – entweder Ihrem Patienten zur Einreichung bei uns mitgeben oder uns direkt per Post, E-Mail oder Fax schicken. Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung bei der Aufnahme Ihres Patienten.

---

## Angaben zum Behandler (Name und Adresse, Praxisstempel):

.....  
.....

Ihre **Telefonnummer** für Rückfragen: .....

---

## Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

---

## Diagnose:

Bitte geben Sie uns die von Ihnen festgestellte(n) Diagnose(n) und ggf. Zusatzdiagnosen nach **ICD-10-Standard** an:

### Beispiel:

F32.1 mittelgradige depressive Episode

.....  
.....  
.....  
.....

Verschlechterung     Dekompensation     akute Krise     Chronifizierungsgefahr

Ist Ihr Patient aktuell **akut suizidal**?     NEIN     JA

Ist Ihr Patient aktuell **psychotisch**?     NEIN     JA

Besteht eine **demenzielle** oder **hirnorganische** Erkrankung?     NEIN     JA

## Ambulante Maßnahmen:

Ist Ihr Patient ambulant in psychotherapeutischer Behandlung?  NEIN  JA

Sind für die Behandlung Ihres Patienten die Dichte und multimethodalen Möglichkeiten des stationären Settings im Krankenhaus notwendig?  NEIN  JA

---

## Medikamente:

Nimmt Ihr Patient aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein?  NEIN  JA

Falls ja, welche, in welcher Dosis und seit wann?

<i>Name des Medikaments:</i>	<i>Dosis:</i>	<i>Seit wann?</i>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

---

## Angaben zur Therapiefähigkeit in den Heiligenfeld Kliniken:

Ist Ihr Patient in einem psychosomatischen Setting **gruppentherapiefähig**?  NEIN  JA

Kann sich Ihr Patient **selbstständig** in einem rollstuhlgerechten, aber nicht barrierefreien Gebäude **bewegen** und **orientieren**?  NEIN  JA

Benötigt Ihr Patient **pflegerische** Unterstützung?  NEIN  JA

Wenn ja, wobei? .....

Ist Ihr Patient **abstinenzfähig** bezüglich Alkohol und Drogen?  NEIN  JA

---

## Möchten Sie uns sonst noch etwas zu Ihrem Patienten mitteilen?

.....

.....

.....

## Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

**Bitte geben Sie den Fragebogen Ihrem Patienten zur Weiterleitung mit oder senden Sie ihn an:**

Heiligenfeld Kliniken GmbH – Patientenservice Aufnahme – Altenbergweg 6 – 97688 Bad Kissingen

E-Mail: [info@heiligenfeld.de](mailto:info@heiligenfeld.de) – Fax: 0971 84-4195





## Wahlleistung Unterbringung

in den Heiligenfeld Kliniken Bad Kissingen, Uffenheim, Berlin

Heiligenfeld

Name: ..... geb.: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: ..... Telefon: .....

**Es werden folgende Leistungen für den Aufenthalt von mir in Anspruch genommen (bitte beachten Sie auch die Hinweise auf Seite 2):**

### **Standort Bad Kissingen (Tierbegleitete Therapie)**

(Aufnahme möglich im Rahmen einer stationären **Krankenhausbehandlung** oder stationären **Rehabilitationsmaßnahme** im **Heiligenfelder Zentrum für Tierbegleitete Therapie; nicht möglich für Patienten der Krisenintervention**)

Bitte beachten Sie hierzu die "**Patienteninformation** zur Aufnahme mit [Hund/Katze/Kleintier]".

- |                          |                                 |               |
|--------------------------|---------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Hund</b>      | 10,00 € / Tag |
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Katze</b>     | 10,00 € / Tag |
| <input type="checkbox"/> | Aufenthalt mit <b>Kleintier</b> | kostenfrei    |

### **Standorte Uffenheim oder Berlin (Begleittier)**

(Aufnahme möglich im Rahmen einer stationären **Krankenhausbehandlung** - **nicht möglich für Patienten der Krisenintervention**)

Bitte beachten Sie hierzu die "**Patienteninformation** zur Aufnahme mit [Hund/Katze/Kleintier]".

#### Aufenthalt mit Hund

- |                          |                                      |               |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Heiligenfeld Klinik <b>Uffenheim</b> | 10,00 € / Tag |
| <input type="checkbox"/> | Heiligenfeld Klinik <b>Berlin</b>    | 10,00 € / Tag |

#### Aufenthalt mit Katze

- |                          |                                      |               |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Heiligenfeld Klinik <b>Uffenheim</b> | 10,00 € / Tag |
| <input type="checkbox"/> | Heiligenfeld Klinik <b>Berlin</b>    | 10,00 € / Tag |

#### Aufenthalt mit Kleintier

- |                          |                                      |            |
|--------------------------|--------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Heiligenfeld Klinik <b>Uffenheim</b> | kostenfrei |
| <input type="checkbox"/> | Heiligenfeld Klinik <b>Berlin</b>    | kostenfrei |

### **Durch die Aufnahme mit Tier verlängern sich die Wartezeiten.**

Mit der Vereinbarung der oben genannten Wahlleistung verpflichten Sie sich als **Selbstzahler** zur Entrichtung des Entgelts. Sie erhalten für die ersten 14 Tage mit der Einladung eine **Vorausrechnung**, danach erhalten Sie die Rechnungen 14tägig in Ihr Patientenpostfach). Die Begleichung der Rechnungen jeweils im Voraus ist **obligat**.

Datum: .....

Unterschrift: .....



## Wahlleistung Unterbringung

in den Heiligenfeld Kliniken Bad Kissingen, Uffenheim, Berlin

### Angeborene Wahlleistungen in den Heiligenfeld Kliniken

In den Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen, Uffenheim und Berlin werden unterschiedliche Wahlleistungen zusätzlich angeboten.

Mit der Vereinbarung der oben genannten Wahlleistungen verpflichten Sie sich als **Selbstzahler** zur Entrichtung des Entgelts.

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- **Unterbringung in unseren Krankenhäusern über die gesetzlichen Krankenkassen (Fachklinik Bad Kissingen, Heiligenfeld Kliniken Uffenheim, Bad Wörishofen und Berlin):**

Die Standardleistung der gesetzlichen Krankenkassen beinhaltet bei einer stationären Krankenhausbehandlung maximal ein Zweibettzimmer. Ein Anspruch auf ein Einbettzimmer besteht nicht.

Die **Einbestellung** erfolgt aufgrund eines **freien Behandlungsplatzes** und ist **unabhängig** von der **Zimmerplanung**. Die Zimmerplanung kann von extern weder durch medizinische Atteste noch durch Zuzahlungen beeinflusst werden. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir vor Ihrer Aufnahme keinerlei Auskünfte zur Zimmerbelegung erteilen. Bei Aufnahme im Rahmen der **Krisenintervention** erfolgt die Unterbringung regelmäßig im **Zweibettzimmer**.

- Bei einem gewünschten Aufenthalt **mit Hund, Katze** oder **Kleintier** verlängern sich die Wartezeiten ggf. aufgrund der hohen Nachfrage. Die Aufnahme mit Tier erfolgt für die Patienten der **Fachklinik** und **Rosengartenklinik** Heiligenfeld Bad Kissingen im **Heiligenfelder Zentrum für Tierbegleitete Therapie** (Bismarckstraße 36, 97688 Bad Kissingen), für Patienten der Heiligenfeld Klinik **Uffenheim** oder **Berlin** in der Heiligenfeld Klinik Uffenheim oder Berlin selbst.

In den Heiligenfeld Kliniken **Waldmünchen** und **Bad Wörishofen** ist eine Aufnahme **mit Tier nicht** möglich.

Bitte beachten Sie, dass die **Wartezeiten** für die Aufnahme mit Tier sich zwischen den einzelnen Kliniken aufgrund der verfügbaren Plätze deutlich voneinander unterscheiden. Die Unterbringung erfolgt bei Aufnahme mit Tier in Einzelzimmern gemeinsam mit Ihrem Tier.

Bei Aufnahme im Rahmen der 14tägigen **Krisenintervention** (nur für Patienten mit bayerischem Erstwohnsitz und aus speziellen Landkreisen) ist der Aufenthalt mit Tier **nicht möglich**.

- Die Wahlleistungen werden unter dem **Vorbehalt** angeboten, dass die dafür erforderlichen Räume/Plätze zum Zeitpunkt der Aufnahme vorhanden sind.

# 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), Patientenportalen usw. die betreffenden personenbezogenen Daten in schriftlicher oder digitaler Form 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. Krankenversicherungsnummer,
5. Versichertenstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, 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 Rechteverfolgung) 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.