

Sehr geehrte/-r Patientin/Patient,
um die Behandlung in unserem Hause für Sie erfolgreich zu gestalten, bitten wir Sie, den Fragebogen vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Mit Ihren Angaben unterstützen Sie eine erfolgreiche Reha-Planung.

Notwendig ist eine kurzfristige Rücksendung an die Klinik!

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sozialanamnese

Familiäre Situation:

- ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend
☐ verwitwet ☐ Lebenspartner/in

Kinder: ☐ nein ☐ ja ____, ☐ in der Nähe wohnend

Besondere Alltagsbelastungen, z.B. Pflege von Angehörigen oder sonstigen Personen:

☐ nein ☐

ja _____

☐ selbständige Haushaltsführung

Wohnsituation:

☐ Haus ☐ Etagenwohnung ☐ altersgerechtes Wohnen (betreutes Wohnen etc.)

Treppennutzung erforderlich: ☐ nein ☐ ja, Anzahl der Stufen _____

Körperliche Aktivitäten/Freizeitverhalten:

☐ Gartenarbeit ☐ Sport

☐ sonstiges _____

Üben Sie eine Nebentätigkeit aus? ☐ nein ☐ ja, als _____ mit _____
Stunden/Woche

Stürze/Sturzangst

Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt? ☐ nein ☐ ja, Anzahl der Stürze _____

Haben Sie Sturzangst? ☐ nein ☐ ja

Sonstige Angaben:

Grad der Behinderung (GdB) ☐ nein ☐ ja _____ Merkzeichen _____

Pflegegrad: ☐ nein ☐ ja, Angabe des Pflegegrades _____

Adresse des Haus-/Facharztes -In Einzelfällen kann eine Rücksprache mit Ihrem Arzt notwendig sein.

Name: _____

PLZ, Ort: _____ Straße: _____

Telefon,

Faxnummer _____

Ich entbinde die Rehaklinik Wiesengrund dem hier genannten Arzt gegenüber von der Schweigepflicht. ☐ ja ☐ nein

Auskünfte und Informationen zu meinem gesundheitlichen Zustand darf die Rehaklinik Wiesengrund geben an (Entbindung von der Schweigepflicht):

Verwandtschaftsverhältnis/Rolle (z.B. Ehemann, Tochter, Sohn, Nachbar/in):

Name: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? ☐ nein ☐ ja – bitte bringen Sie eine Kopie mit

Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ nein ☐ ja – bitte bringen Sie eine Kopie mit

Stehen Sie unter gesetzlicher Betreuung? ☐ nein ☐ ja – bitte bringen Sie eine Kopie mit

Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich? ☐ ja ☐ nein

bei nein: in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich? _____

Ich bin darüber informiert, dass eine Unterbrechung der Maßnahme nach Vorgabe der Kostenträger nicht möglich ist. In der Zeit von 22.30 Uhr bis 6.00 Uhr besteht Anwesenheitspflicht.

Datenschutz:

Wir benötigen gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre Einwilligung um die uns anvertrauten, für die Behandlung notwendigen Daten verarbeiten zu dürfen.

Wir erheben Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung.

Während Ihres Rehabilitationsaufenthalts möchten wir Sie im Rahmen unserer Anwendungen und Serviceleistungen gern persönlich unter Ihrem Namen ansprechen und Ihre Rehaleistungen dokumentieren (z.B. namentliche Kennzeichnung Ihres Speisesaalplatzes).

Das ausführliche Informationsblatt „Verarbeitung personenbezogener Daten“ finden Sie auf unserer Internetseite www.reha-klinik-wiesengrund.de unter dem Menüpunkt „Kontakt/Downloads & Links“ und kann Ihnen auf Wunsch zugesandt werden.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten gemäß den im Informationsblatt aufgeführten Richtlinien und Vorgaben von der Rehaklinik Wiesengrund verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum
Patienten

Unterschrift der Patientin/des

Rehaklinik Wiesengrund

Kenntnisnahme Arzt der

Dieses Formular ist kurzfristig an die Klinik zurück zu senden!