Informationsfragebogen im Aufnahmeverfahren

Datum: _____

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ E-Mail: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____

Staatsang.: _____ Konfession: _____

Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ D

Notfallkontakt:

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Gesetzliche Betreuung:

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Mail: _____

Krankenkasse / Rentenversicherung:

Name: _____

Versicherungsnummer: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Schwerbehindertenausweis:

Grad: _____ Nummer: _____

Bei Bezug von Arbeitslosengeld:

Bescheid Jobcenter / Agentur für Arbeit: ☐ liegt bei ☐ wird zeitnah nachgereicht

Behandelnder ambulanter Psychiater / Neurologe:

Name: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Wer hat Ihnen unsere Einrichtung empfohlen (Arzt, Klinik, etc.)?

Name: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

In welchen psychiatrischen Kliniken wurden Sie bisher behandelt?

1. _____ Wie oft: _____
2. _____ Wie oft: _____
3. _____ Wie oft: _____
4. _____ Wie oft: _____
5. _____ Wie oft: _____

Bitte reichen Sie alle vorhandenen Klinikberichte (Kopien) von Vorbehandlungen mit diesem Info-Fragebogen ein!

Sind bereits Rehabilitationsversuche vorausgegangen? Wenn ja, wo?

_____

_____

Welche psychiatrische Diagnosen bestehen?

1. _____
2. _____
3. _____

In welchem Alter erfolgte erstmals eine psychiatrische Behandlung? Mit_____Jahren

In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre psychiatrische Behandlung? Mit_____Jahren

In welchem Jahr war der letzte stationäre Aufenthalt? _____

Ambulant betreutes Wohnen? ☐ Ja, Wochenstunden:_____ ☐ Nein

Ambulante Psychotherapie? ☐ Ja, bei:_____ ☐ Nein

Aktuelle Medikation:

_____

_____

_____

Erfahrungen mit folgenden anderen Medikamenten liegen vor:

_____

_____

_____

Bekannte Allergien:

_____

_____

_____

Warum möchten Sie eine Rehabilitation durchführen?

_____

_____

_____

_____

Angaben zur allgemeinen sozialen Situation

Familienstand:

☐ Ledig
☐ geschieden seit _____
☐ getrennt lebend seit _____
☐ verheiratet seit_____
☐ verwitwet seit_____

Anzahl der Kinder:____ Geburtsjahr Kind /-er:_____

Lebensform:

☐ Alleinlebend

zusammen mit
☐ Ehepartner/in
☐ Kind/-ern
☐ Verwandten
☐ Lebensgefährte/in
☐ Mutter
☐ Freunden
☐ Eltern
☐ Vater
☐ Anderen

Wohnsituation:

☐ Eigene Wohnung
☐ Heim
☐ Elterliche Wohnung
☐ Obdachlos
☐ Wohngemeinschaft
☐ Sonstige

Soziale Kontakte bestehen zu:

☐ Angehörigen
☐ Nachbarn
☐ Vereinstätigkeit (auch: Selbsthilfegruppen)
☐ Sonstige
☐ Freunden
☐ Mitbewohnern
☐ Arbeitskollegen
☐ Begegnungsstätten
☐ Religionsgemeinschaften

Einkommensverhältnisse:

☐ Erwerbstätigkeit
☐ Arbeitslosengeld 1
☐ Sozialhilfe / Grundsicherung
☐ Berufsunfähigkeitsrente
☐ Witwenrente
☐ Sonstiges Einkommen (bitte Art angeben:_____)
☐ Krankengeld
☐ Bürgergeld
☐ Unterhalt durch Familienangehörige
☐ Erwerbsunfähigkeitsrente

Führerschein: ☐ Ja, Klasse:_____ ☐ Nein

Ergänzende Angaben zur Lebenssituation:

_____

_____

_____

_____

Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit

Bitte reichen Sie zusätzlich zum Infofragebogen einen Lebenslauf ein.

Schulausbildung: (Mehrfachauswahl möglich)

	mit Abschluss	abgebrochen
☐ Grundschule	☐	☐
☐ Sonderschule	☐	☐
☐ Hauptschule	☐	☐
☐ Realschule	☐	☐
☐ Fachoberschule	☐	☐
☐ Gesamtschule	☐	☐
☐ Gymnasium	☐	☐

☐ Andere Schule:_____

☐ Gegenwärtig in Schulausbildung

Erreichte Schulabschlüsse:_____

Berufsausbildung: (Mehrfachauswahl möglich)

	mit Abschluss	abgebrochen
☐ Berufsgrundbildungsjahr	☐	☐
☐ Berufl. Vorpraktikum / Volontariat	☐	☐
☐ Berufsausbildung	☐	☐
☐ Fachschule / Meisterschule	☐	☐
☐ Fachhochschule	☐	☐
☐ Hochschule	☐	☐

☐ Sonstige Qualifizierung_____

☐ Abgeschlossene Berufsausbildung als_____

☐ Derzeit in Ausbildung / Umschulung als_____

Bisherige Beschäftigungsverhältnisse:

Von_____bis_____als_____

Von_____bis_____als_____

Von_____bis_____als_____

Derzeit (oder zuletzt) ausgeübte Tätigkeit:_____

Bisherige Maßnahmen:

_____

_____

_____

Ergänzende Angaben zur Biographie

Bedeutsame Entwicklungen und Erfahrungen, spezifische Interessen und Neigungen (z.B. Hobbies, berufl. Interessen, besondere Fähigkeiten):

_____

_____

_____

_____

Ergänzende Angaben zur aktuellen Behandlungs- / Betreuungssituation:

_____

_____

_____

_____

Füllen Sie bitte den Bogen aus und reichen diesen mit der Schweigepflichtentbindung (3x), dem Bescheid der Agentur für Arbeit und dem Lebenslauf bei uns ein.

Reichen Sie bitte alle vorhandenen Klinikberichte von Vorbehandlungen mit diesem Info-Fragebogen ein.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass das Friederike-Fliedner-Haus Arzt- / Klinikberichte von den oben genannten Vorbehandlungen anfordert.

Datum und Unterschrift:_____

Diakonie

Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH
– Soziale Dienste

DW-gGmbH – Soziale Dienste, FFH, Kirchenstr. 25, 44147 Dortmund

Friederike-Fliedner-Haus
Medizinische Rehabilitations-
einrichtung für Menschen mit
einer psychischen Erkran-
kung

Kirchenstr. 25
44147 Dortmund
Tel.: +49 231 42 78 86-0
Fax: +49 231 42 78 86-28
ffh@diakoniedortmund.de
www.diakoniedortmund.de

Erklärung

betreffend Aufnahmeverfahren für das Friederike-Fliedner-Haus

Hiermit erkläre ich

.....
Name, Vorname Geburtsdatum

dass ich die Aufnahme in das Friederike-Fliedner-Haus beantrage.

Mir ist bekannt, dass zur Vorbereitung der Aufnahmeentscheidung Berichte der bisher behandelnden Ärzte/Krankenhäuser und bisher tätiger sozialer Dienste eingeholt werden. Ich entbinde in diesem Zusammenhang diese Stellen von der Schweigepflicht und ermächtige sie zur Erstellung bzw. Weitergabe von Berichten an das Friederike-Fliedner-Haus.

Des Weiteren bevollmächtige ich das Friederike-Fliedner-Haus, für mich die Leistungsübernahme zu beantragen, beim Leistungsträger nachzufragen und ggfls. das MDK Gutachten zu beantragen. Ich erkläre mich außerdem mit der Weitergabe der Klinikberichte an die Kostenträger einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
ggf. gesetzl. Betreuer

.....
Name in Druckbuchstaben

Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH
Soziale Dienste
Kronprinzenstr. 62-66
44135 Dortmund

Geschäftsführung:
Uta Schütte-Haermeyer
Pfr. Niels Back

HRB 34594
Steuernummer:
317/5942/2086
Sitz und Gerichtsstand:
Dortmund

IBAN:
DE65 4405 0199 0001 1509 28
BIC: DORTDE33XXX

Gesellschafter:
Diakonie
Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH

Diakonie

Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH
– Soziale Dienste

DW-gGmbH – Soziale Dienste, FFH, Kirchenstr. 25, 44147 Dortmund

Friederike-Fliedner-Haus
Medizinische Rehabilitations-
einrichtung für Menschen mit
einer psychischen Erkran-
kung

Kirchenstr. 25
44147 Dortmund
Tel.: +49 231 42 78 86-0
Fax: +49 231 42 78 86-28
ffh@diakoniedortmund.de
www.diakoniedortmund.de

Erklärung

betreffend Aufnahmeverfahren für das Friederike-Fliedner-Haus

Hiermit erkläre ich

.....
Name, Vorname Geburtsdatum

dass ich die Aufnahme in das Friederike-Fliedner-Haus beantrage.

Mir ist bekannt, dass zur Vorbereitung der Aufnahmeentscheidung Berichte der bisher behandelnden Ärzte/Krankenhäuser und bisher tätiger sozialer Dienste eingeholt werden. Ich entbinde in diesem Zusammenhang diese Stellen von der Schweigepflicht und ermächtige sie zur Erstellung bzw. Weitergabe von Berichten an das Friederike-Fliedner-Haus.

Des Weiteren bevollmächtige ich das Friederike-Fliedner-Haus, für mich die Leistungsübernahme zu beantragen, beim Leistungsträger nachzufragen und ggfls. das MDK Gutachten zu beantragen. Ich erkläre mich außerdem mit der Weitergabe der Klinikberichte an die Kostenträger einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
ggf. gesetzl. Betreuer

.....
Name in Druckbuchstaben

Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH
Soziale Dienste
Kronprinzenstr. 62-66
44135 Dortmund

Geschäftsführung:
Uta Schütte-Haermeyer
Pfr. Niels Back

HRB 34594
Steuernummer:
317/5942/2086
Sitz und Gerichtsstand:
Dortmund

IBAN:
DE65 4405 0199 0001 1509 28
BIC: DORTDE33XXX

Gesellschafter:
Diakonie
Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH

Diakonie

Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH
– Soziale Dienste

DW-gGmbH – Soziale Dienste, FFH, Kirchenstr. 25, 44147 Dortmund

Friederike-Fliedner-Haus
Medizinische Rehabilitations-
einrichtung für Menschen mit
einer psychischen Erkran-
kung

Kirchenstr. 25
44147 Dortmund
Tel.: +49 231 42 78 86-0
Fax: +49 231 42 78 86-28
ffh@diakoniedortmund.de
www.diakoniedortmund.de

Erklärung

betreffend Aufnahmeverfahren für das Friederike-Fliedner-Haus

Hiermit erkläre ich

.....
Name, Vorname Geburtsdatum

dass ich die Aufnahme in das Friederike-Fliedner-Haus beantrage.

Mir ist bekannt, dass zur Vorbereitung der Aufnahmeentscheidung Berichte der bisher behandelnden Ärzte/Krankenhäuser und bisher tätiger sozialer Dienste eingeholt werden. Ich entbinde in diesem Zusammenhang diese Stellen von der Schweigepflicht und ermächtige sie zur Erstellung bzw. Weitergabe von Berichten an das Friederike-Fliedner-Haus.

Des Weiteren bevollmächtige ich das Friederike-Fliedner-Haus, für mich die Leistungsübernahme zu beantragen, beim Leistungsträger nachzufragen und ggfls. das MDK Gutachten zu beantragen. Ich erkläre mich außerdem mit der Weitergabe der Klinikberichte an die Kostenträger einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
ggf. gesetzl. Betreuer

.....
Name in Druckbuchstaben

Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH
Soziale Dienste
Kronprinzenstr. 62-66
44135 Dortmund

Geschäftsführung:
Uta Schütte-Haermeyer
Pfr. Niels Back

HRB 34594
Steuernummer:
317/5942/2086
Sitz und Gerichtsstand:
Dortmund

IBAN:
DE65 4405 0199 0001 1509 28
BIC: DORTDE33XXX

Gesellschafter:
Diakonie
Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH

Diakonie
Diakonisches Werk
Dortmund und
Lünen gGmbH

- Diakonisches Werk Dortmund und Lünen gGmbH –
- Friederike-Fliedner-Haus -

Datenschutzhinweise und Informationen für Rehabilitation – nach dem Datenschutzgesetz der Ev. Kirche Deutschlands (kurz: DSG-EKD)

Wir verarbeiten Daten zu Ihrer Person („personenbezogene Daten), weil wir
gesetzliche Pflichten einhalten müssen.
Wir dürfen dies, weil verschiedene Gesetze uns dies erlauben und teilweise uns dies sogar vorschreiben.
Dies sind unser Vertrag, Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches, das Datenschutzrecht (EKD-Datenschutzgesetz) sowie die Sozialdatenschutzregelungen und – sofern vorhanden – die individuelle Leistungsvereinbarung und Vereinbarungen mit den zuständigen Trägern der Rentenversicherung und Krankenkassen.

Hierbei werden die Vorschriften des Datenschutzes beachtet *(§. 6 Nr. 5 i. V. m. § 13 Abs. 2, Nr. 8 und Abs. 3 DSG-EKD)* .

Eine Weitergabe (Übermittlung) uns anvertrauter oder gespeicherter Daten bedarf immer der Einwilligung des/der Rehabilitand*in, es sei denn, dass eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder wenn die Daten für die Übermittlung anonymisiert wurden (= diese Daten können nicht mehr mit einem Menschen in Verbindung gebracht werden).

1) Umfang der Datenverarbeitung
Soweit erforderlich, können für die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen die nachfolgenden Daten durch die Einrichtung /den Dienst verarbeitet werden *(§ 6 Nr. 5 DSG-EKD)*:

- Stammdaten (=Name, Adresse, ...)
- Planung der Therapiemaßnahmen
- Dokumentation der Therapiemaßnahmen
- Ärztliche Verordnungen/Medikamentengabe
- Angaben über behandelnde Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen
- Angaben über vorher gegangene Arzt- und Klinikbehandlungen
- Angaben über Angehörige, gesetzl. Betreuer*innen etc.

2) Übermittlung von Daten an Dritte (Weitergabe und Einsichtnahme)
Die personenbezogenen Daten werden soweit erforderlich auch an Dritte (insbesondere an Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, ggf. Jobcenter) übermittelt oder im Ausnahmefall in der Einrichtung (insbesondere vom Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) eingesehen. Diese Übermittlung von Daten erfolgt aufgrund gesetzlicher Grundlagen:

- Für die Abrechnung von Leistungen an die Krankenkassen *(§§ 284, 302 SGB V)* und ggf. an den Sozialhilfeträger *(§§ 67 ff SGB X)* werden falls erforderlich Daten übermittelt.

3) Recht auf Information und Auskunft
Sie haben (§ 19 DSG-EKD) das Recht Auskunft über die in der Einrichtung gespeicherten personenbezogenen Daten geordnet nach Kategorien einschließlich der Verarbeitungszwecke, der Empfänger und die geplante Dauer der Speicherung zu erhalten.

4) Recht auf Berichtigung
Falls personenbezogene Daten falsch sind, werden diese (§ 20 DSG-EKD) berichtigt oder vervollständigt.

5) Recht auf Löschung, Dauer der Speicherung personenbezogener Daten
Wenn keine rechtliche Verpflichtung zur Aufbewahrung mehr besteht oder eine Speicherung der Daten nicht mehr erforderlich ist, kann (gemäß § 21 DSG-EKD) deren Löschung verlangt werden.
Wenn Leistungen der Behandlungspflege erbracht werden, besteht eine Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren (§ 630f Abs. 3 BGB). Aus handelsrechtlichen Vorschriften kann sich eine Aufbewahrungspflicht von Belegen von 6 oder 10 Jahren ergeben (§ 257 HGB). Im Einzelfall kann - nach den Vorschriften des Zivilrechts -eine Aufbewahrung von bis zu 30 Jahren erforderlich sein (§ 197 BGB).

6) Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
Unter bestimmten Voraussetzungen (siehe § 22 DSG-EKD) kann die Verarbeitung von personenbezogenen Daten beschränkt bzw. auf bestimmte Zwecke eingegrenzt werden. Die Daten werden geschützt und vor Zugriff gesichert aufbewahrt.

7) Recht auf Datenübertragung
Auf ausdrückliches Verlangen können gemäß § 24 DSG-EKD von dem/der Rehabilitand*in zur Verfügung gestellte und automatisiert verarbeitete, personenbezogene Daten in einem gängigen Format zur Verfügung gestellt oder auf Wunsch an einen Dritten weitergegeben werden (z.B. bei einem Wechsel der Einrichtung).

8) Widerspruchsrecht
Unter den besonderen Voraussetzungen von § 25 DSG-EKD ist die Datenverarbeitung im Falle eines Widerspruches zu unterlassen.

9) Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde
Sie können sich über unsere Datenverarbeitung bei der Aufsichtsbehörde beschweren Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Außenstelle Dortmund für die Datenschutzregion Mitte-West

Postadresse: Friedhof 4, 44135 Dortmund
per Telefon: 0231/533827-0
per Fax: 023/533827-20
per E-Mail: mitte-west@datenschutz.ekd.de

Stand: 14.10.2021

10) Interne Datenschutzkoordination
Die den Datenschutz koordinierende Stelle der Einrichtung erreichen Sie
unter:

Name: Petra York-Malekrah
per E-Mail: dw-datenschutz@diakoniedortmund.de
per Telefon: 0231/42 78 86 – 14

11) Externe Datenschutzbeauftragung
Den externen Datenschutzbeauftragten des Diakonischen Werks Dortmund und Lünen gGmbH erreichen Sie unter:

Karl-Uwe Lüllemann
Osterweg 2
32549 Bad Oeynhausen
E-Mail: ul@sk-consulting.com
Telefon: 057314906433

12) Hinweis auf Auftragsdatenverarbeitung
Wir weisen darauf hin, dass externe Dienstleister mit Datenverarbeitungsvorgängen beauftragt wurden. Der externe Dienstleister gewährleistet die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Auftragsdatenverarbeitung gemäß § 30 DSG-EKD.

Zur Kenntnis genommen:

.....
.....
(Ort, Datum) (Unterschrift)

ggf. falls vorhanden:

.....
.....
(Ort, Datum) /Unterschrift der/des rechtliche/n Betreuer*in

Stand: 14.10.2021

Einwilligung zur Datenweitergabe zu Abrechnungszwecken

Ich, ,bin damit einverstanden, dass das Diakonische Werk Dortmund und Lünen gGmbH alle zur Abrechnung der mir gegenüber erbrachten Leistungen erforderlichen Daten der Versorgung, (insbesondere Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Familienstand, letzter Wohnort, Angehörige / Betreuer ggfls. Mit Wirkungskreisen, Beginn und Ende der Versorgung, Art und Häufigkeit der Versorgung, Versicherungsnummer, Aktenzeichen - ***auch soweit es sich um besondere personenbezogene Daten*** inkl. Gesundheitsdaten) handelt zum Zweck der Abrechnung an folgende Personen bzw. Institutionen weitergibt:

- Krankenversicherung, Rentenversicherung, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Kliniken, Betriebswirtschaftliche Abteilung des Diakonischen Werks Dortmund und Lünen gGmbH.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten ***auf freiwilliger Basis*** erfolgt. Ferner, dass ich meine ***Einwilligung verweigern*** bzw. ***jederzeit*** ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform ***widerrufen kann***.
Im Fall des Widerrufs können unter Umständen Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile (z.B. verspätete oder abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entstehen.

Den Widerruf kann ich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner / Leistungsanbieter übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:

- Friederike-Fliedner-Haus
  Kirchenstr. 25
  44147 Dortmund

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.diakoniedortmund.de

.....
.....
(Ort, Datum) (Unterschrift)

ggf. falls vorhanden:

.....
.....
(Ort, Datum) /Unterschrift der/des rechtliche/n Betreuer*in