

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

Angehörige:

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: _____

Reichen Sie bitte alle vorhandenen Klinikberichte 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

Schulbildung: (Mehrfachauswahl möglich)

	mit Abschluss	abgebrochen
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere Schule: _____		
<input type="checkbox"/> Gegenwärtig in Schulbildung		
Erreichte Schulabschlüsse: _____		

Berufsausbildung: (Mehrfachauswahl möglich)

	mit Abschluss	abgebrochen
<input type="checkbox"/> Berufsgrundbildungsjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Berufl. Vorpraktikum / Volontariat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fachschule / Meisterschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Qualifizierung _____		
<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Berufsausbildung als _____		
<input type="checkbox"/> 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) und dem Bescheid der Agentur für Arbeit 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: _____

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 nachzuzufragen 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
Rolandstr. 10
44145 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:

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
Rolandstr. 10
44145 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:

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

- Stammdaten (=Name, Adresse, ...)
- Planung der Therapiemaßnahmen
- Dokumentation der Therapiemaßnahmen
- Ärztliche Verordnungen/Medikamentengabe
- Angaben über behandelnde Arzt*innen und Psychotherapeut*innen

Stand: 14.10.2021

- 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 DSGVO-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 DSGVO-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 DSGVO-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 DSGVO-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 DSGVO-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 DSGVO-EKD ist die Datenverarbeitung im Falle eines Widerspruchs 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: 0231/533827-20
 per E-Mail: mitte-west@datenschutz.ekd.de

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 Oeynhaus
 E-Mail: ul@sk-consulting.com
 Telefon: 0573/14906433

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 DSGVO-EKD.

Zur Kenntnis genommen:

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

ggf. falls vorhanden:

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

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 Basisstarifen.

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