

Psychosomatische Fachklinik Simbach · Plinganserstr. 10 · 84359 Simbach a. Inn

**Psychosomatische Fachklinik
Simbach a. Inn**

Chefarzt
MUDr. Martin Ganzarcik
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Plinganserstr. 10
84359 Simbach a. Inn

Tel.: 08571/980-7611
Fax.: 08571/980-7609

psychosomatik@rottalinnkliniken.de

**Die Einbestellung ist tel. erreichbar
Mo – Fr. 08:00 bis 16:00**

Ihre Zeichen,
Ihr Schreiben vom

Bei Antwort angeben:
Unsere Zeichen

Simbach a. Inn,

Sehr geehrte/r Patient*in,

Sie haben sich zu einer Behandlung bei uns angemeldet. Anbei finden Sie einen Fragebogen zur Vorbereitung Ihrer Behandlung. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und uns zusammen mit den Vorbefunden und einer aktuellen Verordnung von Krankenhausbehandlung **spätestens 1 Woche nach Erhalt** zurückzuschicken.

Bitte kontrollieren und korrigieren Sie bei dieser Gelegenheit Ihre persönlichen Daten.

Bitte füllen Sie zudem die Einverständniserklärung redMedical (Video-Sprechstunde) aus und schicken Sie sie uns zusammen mit den anderen Unterlagen zu. Erst nach Vorliegen dieser Unterlagen kann die weitere Planung Ihres Aufenthaltes erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Sekretariat Psychosomatik

Fragebogen 1

Rückantwort

Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn KU
 Psychosomatische Fachklinik Simbach a. Inn

Patientenverwaltung

Plinganserstr. 10
 84359 Simbach a. Inn

(Titel) Vorname, Name		
Geburtsdatum		Geburtsname:
Straße, Hausnummer		
Wohnort (PLZ, Ort)		
Telefon privat, Mobiltelefon		
eMail		
Versicherungskartendaten	Krankenkasse:	
	Versichertennummer:	Kassennummer:

Fragebogen 1 zur Vorbereitung Ihrer Behandlung

Sehr geehrte/e Patient*in,

zur Vorbereitung eines Vorgesprächs/eines diagnostischen Erstgesprächs möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und den Fragebogen baldmöglichst zurückzuschicken.

Bisherige Behandlungen psychischer Erkrankungen:

Haben Sie sich bereits stationären Behandlungen in psychiatrischen Kliniken unterzogen?

Nein Ja

Klinik	Diagnose	Jahr	Dauer

Haben Sie sich bereits stationären Behandlungen in psychosomatischen Kliniken (einschl. Reha-Kliniken) unterzogen?

Nein Ja

Klinik	Diagnose	Jahr	Dauer

Fragebogen 1

Ich befinde mich zurzeit in ambulanter Psychotherapie:

Nein Ja

Seit wann?
Therapeut:

Ich stehe auf einer Warteliste für eine ambulante Therapie

Nein Ja

Ich habe bereits eine/mehrere ambulante Psychotherapien gemacht:

Nein Ja

Zeitraum

Nehmen Sie Medikamente ein, insbesondere Immunsuppressiva:

Medikamentenname	Dosis
<i>z. B. MetoHexal 95 mg</i>	<i>1-0-0-0</i>

Welche (aktuellen) Lebensereignisse haben Einfluss auf das augenblickliche Beschwerdebild?

Haben Sie den Eindruck, dass Sie im Rahmen einer Psychotherapie auch selbst zu diesen Veränderungen beitragen können?

ja nein weiß nicht

Wie hoch schätzen Sie die Chancen ein, dass sich durch eine stationäre psychosomatische Behandlung ihre Beschwerden verbessern?

(Bitte eine Zahl zwischen 0 und 100 angeben: 0 = überhaupt nicht, 100 = auf jeden Fall).

Was wäre für Sie ein gutes Ergebnis der Behandlung? Bitte möglichst konkrete Therapieziele benennen:

Fragebogen 1

In unserem Behandlungskonzept legen wir besonderen Wert auf die Einbindung Ihnen wichtiger Menschen (PartnerInnen/Familienmitglieder/FreundIn) in die Therapie. Wir möchten alle Kräfte mobilisieren, die in der Zukunft hilfreich sein können. Möglichst bereits in den ersten zwei Wochen sollte zu diesem Zweck ein gemeinsames Gespräch stattfinden. Wir möchten Sie bitten, darüber nachzudenken, wen Sie in Ihre Therapie einbinden würden.

Können Sie sich vorstellen, Ihre Bezugsperson zu einem solchen Gespräch zu motivieren? Ja Nein

Körperliche Erkrankungen in der Vorgeschichte, gab es stationäre Behandlungen oder Operationen?

Nein Ja

Diagnose	Jahr

Hat es bei Ihnen in der Vergangenheit Beschwerden oder Erkrankungen gegeben?

Allergien, auch Lebensmittel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Herz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Blutgefäße	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Lunge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Nieren und Harnblase	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Leber/Galle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Magen/Darm	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Augen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Haut	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Wirbelsäule und Gelenke	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Ihre Größe			
Ihr Gewicht			
Langzeitblutzuckerwert			HbA1C (falls vorhanden):

Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Zutreffendes ankreuzen):

- Laktoseintoleranz
- Zöliakie (Glutenunverträglichkeit)
- Sorbitintoleranz
- _____
- Fruktoseintoleranz
- Histaminintoleranz
- Saccharoseintoleranz
- _____

Erkrankungen in der Familie - gibt es oder gab es bei Ihren Eltern oder Geschwistern:

Seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Andere körperliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

Fragebogen 1

Drogen

Gab es in Ihrem Leben Zeiten, in denen Sie Drogen konsumiert haben? Ja Nein

Konsumieren Sie **derzeit** Drogen?

	nein	gelegentlich	regelmäßig
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morphinpräparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkohol

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- Nie
- Einmal im Monat oder seltener
- Zwei- bis viermal im Monat
- Zwei- bis dreimal pro Woche
- Viermal pro Woche oder öfter

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?
(Ein Glas Alkohol entspricht ein Glas/eine Dose Bier (500 ml), 1/8 Liter Wein/Sekt, ein Glas Hochprozentiges 2cl)

- Ich trinke nie Alkohol
- 1 – 2 Glas
- 3 – 4 Glas
- 5 – 6 Glas
- 7 – 9 Glas
- 10 oder mehr Glas

Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen, auf Partys)?

- Nie
- Einmal im Monat oder seltener
- Zwei- bis viermal im Monat
- Zwei- bis dreimal pro Woche
- Viermal pro Woche oder öfter

Konsumieren Sie Nikotin?

- Nein
- Aufgehört vor _____ Jahren
- Ja

Form	Menge / Tag
<input type="checkbox"/> Zigaretten	
<input type="checkbox"/> Zigarillos/Zigarre/Pfeife	
<input type="checkbox"/> E-Zigarette	

Form	Menge / Tag
<input type="checkbox"/> Schnupftabak	
<input type="checkbox"/> Kautabak / Snus	
<input type="checkbox"/>	

In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen: _____

Möchten Sie aufhören? Ja Nein

Soziale Situation

- **Familienstand:** Single seit _____, ledig, in Partnerschaft seit _____, verheiratet seit _____, in Trennung seit _____, geschieden seit _____, verwitwet seit _____
- **Kinder:** Anzahl _____, Alter _____
- **Wohnsituation** (Zutreffendes unterstreichen): alleinlebend / zusammenlebend mit _____, Haus / Wohnung / Miete / Eigentum
- **Höchster erreichter Bildungsabschluss:** _____

Fragebogen 1

- **Erlerner Beruf** _____, **Studienabschluss:** _____
- **Aktuell berufstätig** als _____, Vollzeit, Teilzeit mit _____%
- **Krankgeschrieben** seit _____, **berentet** seit _____, **Erwerbsminderungsrente** seit _____
- und befristet bis _____, **Grad der Behinderung** von _____%
- **Finanzielle Situation:** auskömmlich, angespannt
- **Zufriedenheit mit sozialer Einbindung:** ja nein

Im Verlauf einer längeren Erkrankung kann von Behandlern oder Versicherungen empfohlen werden, einen Rentenanspruch zu stellen. Trifft das bei Ihnen zu?

- Ja Nein

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt oder planen Sie, einen Rentenanspruch zu stellen?

- Ja Nein weiß nicht

Da wir ein integratives Therapiekonzept vorhalten mit verschiedenen Therapieansätzen, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, damit wir eine auf Sie individuell abgestimmte Therapieplanung erstellen können:

	In der Intensität steigend von 0 (gar nicht) bis 4 (extrem)	0	1	2	3	4
1	Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wenn man andere zu nahe an sich heranlässt, kann das gefährlich werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	In mir herrscht oft so ein Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich irgendwie kontrolliert oder beobachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cutoff 28

Fragebogen 1

Symptome/Beschwerden in den letzten 2 Wochen, bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Antriebsminderung <input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung <input type="checkbox"/> Freudeverlust <input type="checkbox"/> vermehrte Müdigkeit <input type="checkbox"/> rasche Erschöpfung <input type="checkbox"/> Selbstwertminderung <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung <input type="checkbox"/> Ein- oder Durchschlafstörung <input type="checkbox"/> Appetitverlust <input type="checkbox"/> Appetitsteigerung <input type="checkbox"/> Verzweiflung <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit <input type="checkbox"/> Grübeln <input type="checkbox"/> sozialer Rückzug <input type="checkbox"/> Morgentief <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken Plötzliche Angstattacken mit: <input type="checkbox"/> Herzrasen <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Beklemmungsgefühl <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Gefühl von Kontrollverlust <input type="checkbox"/> Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen <input type="checkbox"/> Vermeidung sozialer Situationen	<input type="checkbox"/> niedriges Selbstwertgefühl <input type="checkbox"/> Furcht vor Kritik <input type="checkbox"/> Anspannung <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Befürchtungen, das Haus zu verlassen <input type="checkbox"/> Vermeidung von Menschenmengen und öffentlichen Plätzen <input type="checkbox"/> diffuse anhaltende Ängste und Sorgen <input type="checkbox"/> Unfähigkeit sich zu entspannen <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden <input type="checkbox"/> Sorgen um Angehörige <input type="checkbox"/> Vermehrtes Schwitzen <input type="checkbox"/> andauernde Schmerzen <input type="checkbox"/> Zunahme der Schmerzintensität im Rahmen der Konflikte und Stresssituationen <input type="checkbox"/> häufige Arztbesuche <input type="checkbox"/> frustrane Suche nach Erklärung der Beschwerden <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Harndrang <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Atembeschwerden <input type="checkbox"/> nicht erklärbare Körperbeschwerden <input type="checkbox"/> erhebliche Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/> erhebliche Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Kalorienzählen <input type="checkbox"/> Nutzung von Abführmittel <input type="checkbox"/> Übermäßiger Sport <input type="checkbox"/> Essattacken <input type="checkbox"/> das Gefühl zu dick zu sein <input type="checkbox"/> erhöhte Schreckhaftigkeit <input type="checkbox"/> Alpträume <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Bilder aus der Vergangenheit <input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken <input type="checkbox"/> Zwangsrituale
---	---	---

Fragebogen 1

Wichtige Hinweise:

Als psychosomatische Akutklinik nehmen wir nur zu Erkrankungen Stellung, geben jedoch keine Einschätzung bezüglich einer Arbeitsunfähigkeit über den stationären Aufenthalt hinaus ab und können auch bei der Durchführung eines Rentenverfahrens nicht hilfreich sein.

Bescheinigungen, die zur Fahrkostenerstattung bei Belastungserprobungen am Wochenende dienen, werden von uns nicht ausgestellt, unterschrieben oder bestätigt. Belastungserprobungen im Sinne der Therapievertiefung und Umsetzung lebenspraktischer (Neu-)Erfahrungen halten wir für sinnvoll, sie sind aber keine Krankenkassenleistung.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie sich verpflichten, während Ihres Aufenthaltes unsere Hausordnung einzuhalten (z. B. Alkoholverbot während der Zeit des Aufenthaltes, Rauchen nur im ausgewiesenen Bereich außen, nicht in der Klinik).

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen der Vorbereitung eines stationären Aufenthaltes/der Behandlung in der Psychosomatischen Fachklinik oder Institutsambulanz von mir Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie erforderliche medizinische Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden. Die Datenerfassung erfolgt ausschließlich für klinikinterne Zwecke (Indikationsprüfung, Eignung für bestimmtes Behandlungssetting, Belegungsdisposition, u. a.).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

....., den _____

Unterschrift

Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten:

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e minderjährige/r Tochter/Sohn vor einem geplanten stationären Aufenthalt ein Vorgespräch mit einer/m PsychologIn/ÄrztIn führt.

Datum: _____
(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r «P_Patient»)



Einwilligungserklärung

Sehr geehrte/r Patient*in,

ärztliche Kontrollen vom Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt nach einer medizinischen Behandlung sind unerlässliche Maßnahmen einer fürsorglichen ärztlichen oder psychotherapeutischen Betreuung durch Ihren Arzt oder Therapeuten. Seit April 2017 sind solche Kontrolluntersuchungen auch in einer Videosprechstunde möglich. Ihr Arzt oder Therapeut entscheidet, ob eine Konsultation per Videosprechstunde für Sie in infrage kommt.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Therapeuten ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihr Arzt/Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen. Dies spart Zeit und Mühen langer Wege für Sie und Ihren Arzt/Therapeuten.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den Ihr Arzt/Therapeut beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Arzt besprechen, auch vertraulich bleibt.

Vor der ersten Videosprechstunde informiert Sie Ihr Arzt über Fragen des Datenschutzes. Ihr Arzt wird außerdem erläutern, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videosprechstunde achten sollten, z. B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten von Ihrem Arzt/Therapeuten einen Termin für die RED connect-Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodienstanbieters und den Einwahlcode für die Videosprechstunde.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Arzt Sie richtig zuordnen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Arzt zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen

Fragebogen 1

Einwilligungserklärung – Datenschutz

(Titel) Vorname, Name		
Geburtsdatum		Geburtsname:
Straße, Hausnummer		
Wohnort (PLZ, Ort)		
Telefon privat, Mobiltelefon		
eMail		

Hiermit erkläre ich,

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschriften kläre ich vorstehende Einwilligungserteilung und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
(Name und Unterschrift des/der Therapeutin)

Patienteninformation Elektronische Patientenakte (ePA) „für alle“

Nur für gesetzlich versicherte Patienten!

**Informationen bzgl. der elektronischen Patientenakte (ePA)
in der ab 15.01.2025 geltenden Fassung („ePA für alle“)
(gemäß §§ 346, 347, 348 SGB V)**

Sehr geehrte Patienten,

diese Information betrifft Sie, wenn Sie eine elektronische Patientenakte (ePA) haben. Die ePA ist eine Akte, die alleine Ihrer Verantwortung unterliegt. Dies bedeutet, dass alleine Sie darüber entscheiden, ob Informationen in Ihrer ePA gespeichert werden, wer diese einsehen und darauf zugreifen darf und ob Informationen gelöscht werden.

Speicherung besonders wichtiger Informationen, es sei denn, Sie widersprechen

Sofern Sie bereits eine ePA nutzen, teilen Sie uns dies bitte mit. Wir werden einige Informationen ihrer aktuellen Behandlung, die besonders wichtig sind, in ihrer ePA speichern. Dazu müssen sie uns nicht auffordern. Wir erledigen dies automatisch für Sie. Dies betrifft unter anderem folgende Informationen ihres aktuellen Aufenthalts bzw. ihrer aktuellen Behandlung bei uns:

- Daten zu Laborbefunden,
- Befundberichte aus bildgebender Diagnostik,
- Befundberichte aus ärztlichen Untersuchungen und Maßnahmen und
- Entlassbriefe/Arztbriefe
- Elektronischer Medikationsplan (*steht voraussichtlich ab März 2026 zur Verfügung*)

Sollte ein Medikationsplan auf Ihrer ePA gespeichert sein und ändern wir Informationen Ihres Medikationsplans im Rahmen der aktuellen Behandlung, werden wir auch die geänderten Informationen auf Ihrer ePA speichern.

Dasselbe gilt, wenn uns Informationen aus vorangegangenen Behandlungen in unserer Einrichtung vorliegen und es uns im Hinblick auf Ihre weitere medizinische Versorgung als sinnvoll erscheint, diese ebenfalls in Ihrer ePA zu speichern.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie die Möglichkeit haben, gegen die Verarbeitung hochsensibler Daten, die mit dem Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung verbunden sind – insbesondere in Bezug auf psychische Erkrankungen, sexuell übertragbare Krankheiten und Schwangerschaftsabbrüche – Widerspruch einzulegen oder die Verarbeitung dieser Daten eigenständig elektronisch zu beschränken.

Sollten Sie eine Übermittlung und Speicherung dieser Informationen in ihrer ePA nicht wünschen, werden wir diese selbstverständlich nicht vornehmen. Bitte teilen Sie uns dies mit! Vielen Dank!

Übermittlung und Speicherung weiterer Informationen in die ePA auf Ihren Wunsch

Sollten Sie wünschen, dass über die oben genannten Informationen hinaus weitere Informationen in Ihrer ePA gespeichert werden, teilen Sie uns dies bitte mit! Sofern wir diese Informationen im Rahmen Ihrer aktuellen Behandlung erheben und elektronisch verarbeiten, werden wir auch diese in Ihrer ePA speichern.

Fragebogen 1

Falls Daten zu gentechnischen Untersuchungen oder Analysen (gemäß Gendiagnostikgesetz) erhoben werden, erfolgt die Speicherung in der elektronischen Patientenakte (ePA) ausschließlich auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, vorausgesetzt, es liegt uns Ihre schriftliche oder elektronische Einwilligung vor

Elektronische Notfalldaten

Auch elektronische Notfalldaten können, sobald dies technisch möglich ist, auf Ihrer ePA gespeichert werden. Sollten wir Informationen Ihrer Notfalldaten im Rahmen Ihrer aktuellen Behandlung ändern, werden wir auch die auf Ihrer ePA gespeicherten Notfalldaten ändern.

Recht auf Widerspruch, Löschung oder Beschränkung

Sie haben das Recht, einer Speicherung von Informationen in Ihrer ePA zu widersprechen.

Bitte wenden Sie sich hierzu, gerne auch telefonisch, an die folgenden Ansprechpartner:

Krankenhaus Eggenfelden: Patientenaufnahme:

Stationäre Fälle: 08721 983-96241

Ambulante Fälle: Aufnehmender Bereich: 08721 983-7104

Gynäkologie: 08721 983-7204

Krankenhaus Pfarrkirchen (ambulant und stationär): 08561-981 92217

Psychosomatische Fachklinik Simbach: Patienten müssen sich persönlich im Schreibbüro E 39 melden

Außerdem können Sie alle Informationen, die in Ihrer ePA gespeichert sind bzw. die von uns eingetragen wurden, selbst löschen.

Statt einer Löschung können Sie auch die Bearbeitung bzw. Lesbarkeit beschränken. Eine „Beschränkung“ bietet den Vorteil, dass die Informationen in Ihrer ePA gespeichert und von Ihnen genutzt werden, aber nicht von allen bzw. nur von Ihnen gesehen werden können. Sie alleine entscheiden darüber, ob nur Sie alle Informationen sehen oder für wen welche Informationen sichtbar sind. Diese Einstellung können Sie über Ihr Smartphone, Ihren PC, Laptop o.ä. selbst vornehmen.

Später sichtbar gemachte Dokumente

Sollten Informationen Ihrer ePA zum Zeitpunkt der Aufnahme in unserer Einrichtung für uns nicht sichtbar sein, da unser Zugriff beschränkt ist, weisen wir auf Folgendes hin: Sollten für uns zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht sichtbare Informationen zu einem späteren Zeitpunkt für uns sichtbar gemacht werden, erhalten wir darüber keine Benachrichtigung.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.