

# Anmeldeformular Reha

FO-001-REZ

Sehr geehrte Rehabilitandin, sehr geehrter Rehabilitand,

um die Aufnahmeformalitäten am Tag Ihrer Anreise auf ein Minimum zu beschränken, bitten wir Sie, dieses Formular ausgefüllt mitzubringen.

Vielen Dank, Ihr Patientenmanagement

Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Name, Telefonnummer von Angehörigen	

Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
Geburtsort		Konfession	
Geburtsname		Familienstand	

Krankenkasse		Versicherungs-Nr.	
Adresse der Geschäftsstelle			
Private Zusatzversicherung		Versicherungs-Nr.	

Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus	
Tag der Entlassung aus der Reha-Klinik	

## Hausarzt

Name, Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	

	Ja	Nein
Mein Aufenthalt wird der Klinikseelsorge mitgeteilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dürfen eingehende Telefonate an Sie oder Ihren behandelnden Arzt in der Klinik Bad Trissl weitergeleitet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten im Rahmen des Aufenthalts in der Klinik Bad Trissl GmbH bin ich einverstanden (siehe Rückseite)

Ort, Datum, Unterschrift

Erstellt:	S. Schubert	Geprüft:	B. Manns	Freigabe:	K. Pfeifer	Version 2
Erstelldatum:	28.01.2020	Prüfdatum:	29.01.2020	Freigabedatum:	29.01.2020	Seite 1 von 2

## Hinweis auf die Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (zum Beispiel Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend §301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (z. B. Kassenpatient oder Selbstzahler) variieren können:

- 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 Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung.
- 7) Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren
- 8) den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen.
- 9) Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

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.