



Sozialgemeinschaft
Schiltach / Schenkenzell e.V.

Das Gottlob-Freithaler-Haus

(stationäre Pflege und Kurzzeitpflege)



Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V. Vor Ebersbach 1 77761 Schiltach

Tel.: 07836- 93 93 0 Mail: info@sgs-schiltach.de www.sgs-schiltach.de





Herzlich Willkommen

Gottlob-Freithaler-Haus

Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Das Gottlob-Freithaler-Haus bietet sämtliche Leistungen rund um das Thema stationäre Pflege und Kurzzeitpflege an.

In unserem Pflegeheim erwartet Sie eine moderne Einrichtung mit einem hochqualifizierten Angebot.

Das Gottlob-Freithaler-Haus bietet 83 Menschen ein zukünftiges Zuhause mit stationären Pflegeplätzen und Kurzzeitpflegeplätzen. In unserem Haus stehen Ihnen Einzelzimmer und großräumige Doppelzimmer zur Verfügung.

Unsere Gäste stehen jederzeit im Mittelpunkt all unserer Bemühungen.

Alle Leistungen orientieren sich stets nach den Bedürfnissen unserer Gäste. Das bedeutet, so viel Selbständigkeit wie möglich und so viel Betreuung wie nötig. Die Pflege und Betreuung von Menschen ist für uns mehr als nur ein Job.

Das spüren sowohl unsere Kunden als auch deren Angehörige.

Gerne wollen wir Ihnen mit dieser Mappe umfassende Informationen zu unserem Haus zur Verfügung stellen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen bei Fragen zur Verfügung.

Uli Eßlinger
Geschäftsführende Leitung



Uli Eßlinger
Geschäftsführende Leitung



Janet Schwab
Pflegedienstleitung/
stellv. Einrichtungsleitung



Sonja Haas
Personalleitung/
stellv. Einrichtungsleitung



Informationsschreiben

Gottlob-Freithaler-Haus

Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung

Wenn Sie für sich oder einen Angehörigen vorübergehend oder dauerhaft den Einzug in eine stationäre Einrichtung erwägen, stehen Sie vor einer wichtigen Entscheidung.

Wir wissen, dass mit dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung Fragen und Ängste verbunden sind. Wir möchten Ihnen deshalb mit Rat und Tat zur Seite stehen. Einige Fragen können anhand dieser Informationsmappe vielleicht schon beantwortet werden.

Sollten Sie weitergehende Fragen haben oder an einen Einzug denken, setzen Sie sich gern mit uns in Verbindung.

Folgende Unterlagen möchten wir Ihnen mit auf den Weg geben:

- Anmeldung zur Heimaufnahme
- Biografiebogen
- ärztlicher Fragebogen
- zahnärztlicher Fragebogen
- Einzugshilfe
- Der letzte Lebensabschnitt
- Zusatzleistungen
- Einwilligungserklärung zur Übermittlung der Patientendaten
- Flyer der Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Um Leistungen durch die Pflegekasse Ihrer Krankenkasse zu erhalten, ist es notwendig, einen Antrag auf vollstationäre Pflege, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zu stellen. Formulare dafür erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Kontakt

Pflegedienstleitung

Tel.: 07836/93 93-0

Fax.: 07836/10 73

E-Mail: info@sgs-schiltach.de



Anmeldung zur Aufnahme

Wichtig: bitte ausfüllen, da sonst keine Aufnahme möglich ist!

Persönliche Angaben (zutreffendes bitte ankreuzen)

- vorsorgliche Anmeldung Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Vollstationäre Pflege Tagespflege

Nachname		Vorname	
Geb.-Datum		Geb.-Ort	
Geb.-Name		Tel. Nummer	
Straße		Wohnort	
Familienstand	seit	Staatsangehörigkeit	
Konfession		erlernter Beruf	

Derzeitiger Aufenthalt

- wie oben
 Krankenhaus/ andere Einrichtung

Namen der Einrichtung	
Ort	
Aufnahmegrund	
Tel. Nummer	

Ansprechpartner (in) – auch während einer Kurzzeitpflege

1.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		Handy	
Verwandtschaftsgrad		e-Mail	

2.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		Handy	
Verwandtschaftsgrad		e-Mail	

- Gerichtlich Bestellte(r) Betreuer(in) ja nein
Inhaber(in) von Vollmachten ja nein
Patientenverfügung ja nein
Nachweis jeweils bitte beifügen (Kopie)

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Telefon privat		Telefon dienstlich	
e-Mail		Umfang der Vollmacht	

Betreuung wird / ist angeregt bzw. beantragt ja nein

Vollmacht vorhanden: Generalvollmacht Teilvollmacht

Hausarzt kommt ins Haus ja nein

Name des Arztes		Tel. Nummer	
Anschrift		Ort	

ggf. behandelnder Facharzt

Name des Arztes		Tel. Nummer	
Anschrift		Ort	

Pflegekasse/ Krankenkasse

Namen der Kasse		Versichertennummer	
-----------------	--	--------------------	--

Befreiung von Rezeptgebühren ja nein

Einstufung der Pflegekasse/ Krankenkasse in Grad 0 1 2 3 4 5

Einstufung beantragt ja nein

Achtung! Die Zusage der Kostenübernahme der Pflegekasse/ Krankenkasse muss **spätestens am Aufnahmetag** beantragt sein!

Zusage der Kostenübernahme: liegt vor ist beantragt

KOSTENREGELUNG BEI AUFNAHME

Achtung – unbedingt ausfüllen!

- Leistungen der Pflegekasse/ Krankenkasse
- eigenes Einkommen
- Leistungen vom Versorgungsamt Art: _____
- Beihilfe
- Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in _____ am _____ beantragt

Wer soll die Rechnung über den Eigenanteil erhalten?

Bewohner/ Gast 1. Ansprechpartner(in) 2. Ansprechpartner(in)

Bankverbindung

Name des Kontoinhabers	
------------------------	--

IBAN		BIC	
------	--	-----	--

Besondere Wünsche (z.B. Zimmerwunsch, Mitnahme von Möbeln, persönliche Gegenstände)

--

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei/ wird versandt.

Vor Beginn der stationären Dauerpflege muss die Vorauszahlung von 1200,- € bezahlt werden
Vor Beginn der Kurzzeitpflege muss die Vorauszahlung in Höhe von 300,- € bezahlt werden

Bankverbindung: Volksbank Kinzigtal IBAN DE 82664927000030401700- BIC GENODE61KZT
Sparkasse Wolfach IBAN DE 476645277600001061556- BIC SOLADES1WOF

Ort, Datum

Unterschrift

Biografiebogen

Liebe Angehörige,

Biografiearbeit ist ein Schlüssel zur individuellen Betreuung Ihres Angehörigen. Biografie besteht nicht allein aus Fakten und Daten, sondern auch aus schönen Erinnerungen und negativen Erlebnissen. Die Kenntnis der Biografie ermöglicht es uns, die richtigen Anregungen für Ihren Angehörigen zu finden.

Als Hilfestellung haben wir einen Biografiebogen für Sie zusammengestellt. Bitte beschreiben Sie auch aufgetretene Veränderungen der letzten Monate.

Persönliches

Nachname		Vorname	
Geb. Datum		Früherer Beruf	

Hobbies und Lieblingsbeschäftigung

(z. B. Lieblingsmusik, Sport etc., Ausflüge, Freizeitbeschäftigung wie lesen (Was?), werken etc.)

Ernährung/Essensgewohnheiten

Lieblingsspeisen	
Besondere Abneigungen	
Kochen/Backen	

Wohnen

(Fotos von Haus, Garten, Haustier etc. bitte mitgeben)

Besondere Lebensereignisse

(besonders belastende, erfreuliche, wichtige oder prägende Ereignisse)

Familie/ Freunde

(Anschrift/ Telefonnummern von wichtigen Verwandten, Freunde, Nachbarn)

Eigenschaften/ Werte

Welche Werte sind ihrem Angehörigen besonders wichtig?

Pünktlichkeit, Ordentlichkeit, _____

Religion

Wird die Religion gelebt? Wenn ja, wie?

Gottesdienstbesuch, beten, Sonstiges _____

Welcher Bestattungswunsch besteht? Feuerbestattung Erdbestattung

Dieser Biografiebogen wurde ausgefüllt am _____ von: _____

Name, Vorname

Tel.:

Beziehung



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

- Kurzzeitpflege vollstationäre Dauerpflege
 Bitte vom Hausarzt/ Krankenhausarzt ausfüllen lassen

Nachname		Vorname	
Straße		Wohnort	
Geb. Datum		KV Nummer	

Diagnosen/ somatische und psychiatrische Erkrankungen

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Erschwernisfaktoren/ besondere Hinweise

- insulinpflichtiger Diabetes mellitus tablettenpflichtiger Diabetes mellitus
 Antiepileptikatherapie Antikoagulationstherapie
 Gehörlosigkeit Sehbeeinträchtigung Körpergewicht

Allergien	Implantate
-----------	------------

Corona SARS CoV 2 Schutzimpfung:

- Besteht ein Impfschutz? ja nein
 Wenn nein, besteht der Wunsch nach einem Impfschutz? ja nein

Körpergröße	Gewicht
--------------------	----------------

Körperpflege:

	Hilfebedarf	ja	nein
Teilwaschung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/ rasieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund/ Zahnpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Darm-/ Blasenentleerung

	Hilfebedarf	ja	nein
Benutzung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettstuhl, Urinflasche)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/ Richten der Kleidung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
versorgt mit: <input type="checkbox"/> Dauerkatheter		<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel

Ernährung

	Hilfebedarf	ja	nein
mundgerechte Zubereitung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt: ja			
Sondenernährung <input type="checkbox"/>	Lieferfirma:	_____	
besondere Kostformen <input type="checkbox"/>			

Mobilität	Hilfebedarf	ja	nein
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender <input type="checkbox"/> sitzender Position		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Begleitperson		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit:
wird regelmäßig mobilisiert nicht mehr mobilisierbar

Folgende Hilfsmittel befinden sich in Ihrem Besitz:

- | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Gehstock |
| <input type="checkbox"/> elektr. Schiebehilfe | <input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze | <input type="checkbox"/> BZ- Gerät | <input type="checkbox"/> Inhalator |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Sturzgefahr: ja nein
Kontrakturen Lokalisation: _____

Dekubitus Lokalisation: _____

Lähmungen Lokalisation: _____

Pflegerelevante Störungen in folgenden Bereichen:

<input type="checkbox"/> Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Tag-/Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/> psychomotorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Ängste
<input type="checkbox"/> Hörvermögen	<input type="checkbox"/> Kooperationsbereitschaft	<input type="checkbox"/> Selbst-/Fremdgefährdung	
<input type="checkbox"/> Sprachvermögen	<input type="checkbox"/> Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	

Orientierung zeitlich örtlich situativ persönlich
Erläuterungen:

Suchterkrankungen:
 Alkohol Medikamente Nikotin Sonstige _____

Liegt ein richterlicher Beschluss zu einer freiheitseinschränkenden Maßnahme vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ist der/ die Patientin frei von ansteckenden Krankheiten (IfS Gesetz)? ja nein

Ist der/ die Patientin frei von MRGN (multiresistente Erreger)? ja nein

Medikamente:

Bitte aktuellen ärztlichen Medikamentenplan anfügen, da sonst keine Aufnahme möglich ist!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt/ Hausärztin
Unterschrift Klinikarzt/ Klinikärztin und Unterschrift
Pflegefachkraft (falls Patientin z.Zt. im Krankenhaus)

Zahnärztlicher Fragebogen

- Heimaufnahme Tagespflege
 Kurzzeitpflege

Vor- und Zuname	
Geburtstag	
Hauszahnarzt	
Letzter Zahnarztbesuch	
Praxis barrierefrei erreichbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigene Zähne vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Implantate vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz festsitzend (Krone/Brücke)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz herausnehmbar (Prothese)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten
Prothesen- u. Mundhygiene selbstständig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einnahme von Marcumar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Empfehlung zur täglichen Mundpflege (incl. Hilfsmittel):	
Empfehlung zur täglichen Zahnersatzpflege (incl. Hilfsmittel):	
Prothese nachts im Mund belassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bonusheft vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Implantatpass vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Einzugshilfe

Ob für die Kurzzeit-, Verhinderungspflege oder für den vollstationären Aufenthalt, benötigen wir zum Einzug in unsere Einrichtung von Ihnen folgende Unterlagen:

Unterlagen und Amtliches

- Anmeldung zur Heimaufnahme
- ärztlicher Fragebogen (vom Hausarzt bzw. Krankenhaus)
- zahnärztlicher Fragebogen
- Bescheid über die Einstufung in den Pflegegrad (falls vorhanden)
- Genehmigung der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege (bei vollstationär nicht relevant)
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Befreiungsausweis von der Rezeptgebühr (falls vorhanden)
- Vollmacht mit Betreuungsverfügung (falls vorhanden)
- Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Betreuerausweis (Kopie, falls vorhanden)
- Geburts- oder Heiratsurkunde (Kopie, nur bei Dauerpflegeplatz)

Für die vollstationäre Heimaufnahme benötigen wir **zusätzlich** weitere Unterlagen als Kopie:

- Personalausweis
- Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)



Medikamente/Rezepte

Kurzzeit- und Verhinderungspflege:

Bitte bringen Sie Medikamente/Inkontinenzmaterial (Originalverpackung) oder die entsprechenden Rezepte für die Dauer Ihres Aufenthaltes sowie einen aktuellen Medikamentenplan mit.

vollstationäre Heimaufnahme:

Bitte bringen Sie für die ersten drei Tage Ihres Aufenthaltes alle verordneten Medikamente wie auch Salben, Verbandsmaterial, Inkontinenzartikel sowie ausstehende Rezepte (z. B. für Krankengymnastik etc.) und einen aktuellen Medikamentenplan mit.

Bekleidung/Wäsche

Bitte achten Sie darauf, dass Ihre mitgebrachte Kleidung ab 40 Grad maschinenwaschbar ist.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Röcke/Hosen | <input type="checkbox"/> Nachthemden/Schlafanzüge |
| <input type="checkbox"/> Blusen/Hemden | <input type="checkbox"/> Bademantel |
| <input type="checkbox"/> Pullover | <input type="checkbox"/> Unterhemden und -hosen/ BHs |
| <input type="checkbox"/> Mantel/Jacke | <input type="checkbox"/> Straßenschuhe/Stiefel |
| <input type="checkbox"/> Hut/Mütze/Schal/Handschuhe | <input type="checkbox"/> Hausschuhe (geschlossen) |
| <input type="checkbox"/> Strumpfhose/Socken | <input type="checkbox"/> Kleidungsstücke nach Vorlieben |

Handtücher, Waschlappen und Bettwäsche werden Ihnen vom Haus zur Verfügung gestellt.

Kosmetikartikel

Gegen ein monatliches Entgelt, stellen wir Ihnen Hygieneartikel des täglichen Bedarfes komplett zur Verfügung (siehe Entgeltordnung).

Persönliches

Auch wenn Sie lediglich zur Kurzzeit- oder Verhinderungspflege zu uns kommen, schaffen liebgewordene Dinge ein vertrautes Gefühl. Ob Bilder, Fotos der Verwandten oder das Kuschelkissen, bringen Sie Ihre Schätze mit, damit Sie sich ein Stück weit wie zu Hause fühlen können.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen natürlich immer gerne beratend zur Verfügung.

Der letzte Lebensabschnitt

Das Leben endet, wie eine Reise beginnt: Mit Abschied und hoffen auf ein Wiedersehen!

„Jeder Mensch ist einzigartig und die Art, wie er stirbt und den letzten Teil seines Lebens geht ist es auch!“ Da uns ihre Wünsche und Bedürfnisse was das Lebensende betrifft sehr am Herzen liegen möchte wir Ihnen schon frühzeitig die Möglichkeit geben, diese hier festzuhalten!

Name, Vorname

Geb. Datum

1. Dokumente

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? _____

Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden? _____

2. Mundbefeuchtung-/pflege

Unser Körper ändert im letzten Abschnitt des Lebens seine Gewohnheiten und Bedürfnisse. Er stellt sich sozusagen auf das Sterben ein. Daher benötigt der Körper oftmals keine Nahrung oder Flüssigkeit mehr. Somit ist es für uns sehr wichtig, Ihnen eine individuelle und regelmäßige Mundbefeuchtung-/ pflege sicherzustellen.

Info: Durch die Mundpflege werden die Schleimhäute im Mundbereich angefeuchtet, wodurch das Durstgefühl in der Terminalphase behoben wird. Außerdem steigert dies das Wohlbefinden und die damit die vorhandene Lebensqualität.

→ Besondere Geschmacksvorlieben (Flüssig: Saft, Bier, ... (selbstverständlich ist auch eine Mundbefeuchtung mit festen Nahrungsmitteln möglich (Fest: z.B. Schwarzwurst, Speck, ...)?

→ Haben sie Abneigungen?

3. Rituale

Immer wieder schön ist es doch seine Rituale auszuleben. Sei es ein „Vater unser“ am Krankenbett zu beten oder ein Lied zu singen. Haben Sie bestimmte Wünsche oder auch Abneigungen bezüglich der Rituale in Ihrem letzten Lebensabschnitt?

4. Krankensalbung

Wünschen Sie eine Krankensalbung durch einen Pfarrer?



5. Lieder

Wir gestalten den letzten Lebensabschnitt sehr individuell und sind sehr bemüht, es Ihnen und auch Ihren Angehörigen so angenehm wie möglich zu machen. Daher sind Lieder und Geräusche eine wichtige Information für uns. Lieder/ Geräusche bringen häufig Verbindungen zu schönen Momenten und auch zu wichtigen Menschen. Für viele ist es auch einfach eine Ablenkung von Schmerzen, Angst oder anderem. (Beispiele: Hochzeitslied, Lieblingslied, Lieblingsband, Naturgeräusche, etc.)

Info: Der Hörsinn ist der letzte Sinn der verloren geht!

Gewünscht ist:

Unerwünscht ist:

6. Benachrichtigung

Wer soll im Todesfall benachrichtigt werden? Bitte nennen Sie auch die entsprechende Telefonnummer!

Zu welchen Zeiten dürfen wir Sie telefonisch kontaktieren?

7. Bestattungsinstitut

Gibt es von Ihnen ein gewünschtes Bestattungsinstitut?

Besitzen Sie eine Bestattungsverfügung?

8. Bestattungsform

Wie möchten Sie bestattet werden (Erdbestattung, Feuerbestattung, ...)?

9. Sonstiges

Gibt es weitere wichtige Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

Zusatzleistungen

Zusatzleistungen sind ausschließlich solche Leistungen, die über die individuell notwendigen Leistungen, die über die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit (Regelleistungen) hinausgehen. Sie sind von den Kunden individuell wählbar und können außerhalb des Vertrages gegen gesondertes Entgelt vereinbart werden. In den Preisen ist die jeweilig gesetzliche Mehrwertsteuer enthalten.

Leistungen	Preise
Individuelle Speise- und Getränkewünsche	Nach gesonderter Preisliste
Bereitstellung von Hygieneartikeln	8,00 €/Monat
Hausmeistertätigkeiten, z.B. für Reparaturen von persönlichen Einrichtungsgegenständen, Räumung des Zimmers etc.	40,00 €/Std.
Entsorgung von Sperrmüll	1,50 €/kg
E-Check der Elektrogeräte, Anschlusskabel (gesetzlich vorgeschrieben)	3,00 €/Stück
Begleitservice, z.B. Arztbesuchen	
Fachkraft	40,00 €/Std.
Hilfskraft	30,00 €/Std.
Fahrzeugeinsatz pro km	0,80 €/km
Individuelle Einzelbetreuung	18,60 €/Std.
Kennzeichnung der persönlichen Wäsche	0,50 €/St.
Verwaltungspauschale (Begleichung von Rechnungen, Nachsenden der Post etc.)	7,00 €/Monat



Einwilligungserklärung

zur Erhebung /Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meines Hausarztes

sowie im Vertretungs- oder Notfall beim behandelnden Arzt

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

-mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

-mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters