

Patientenaufnahmevereinbarung

☐ privat versichert

☐ gesetzlich versichert

☐ Selbstzahler

Vorname: _____
 Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____

Mobiltelefonnummer: _____
 E-Mail: _____

Krankenversicherung __%:
 Versicherungsnummer: _____
 Anschrift & ggf. Ansprechpartner _____

Beihilfe __% oder Zusatzversicherung:
 Personalnummer bzw. Versicherungsnr.: _____
 Anschrift & ggf. Ansprechpartner _____

Hauptversicherter: (falls abweichend von PatientIn) _____
 Anschrift: _____
 Einweisender Arzt _____
 Anschrift _____
 Hausarzt _____
 Anschrift _____

Notfallkontakt: (Name, Mobilnr., Beziehungsverhältnis) _____
 PKW-Kennzeichen _____

Allergien _____

Behandlungs- bzw. Wahlleistungen bei privater Krankenversicherung oder Zusatzversicherung

Allgemeine Krankenhausleistung	Ja/Nein
Zuschlag 1- Bettzimmer	Ja/Nein
Zuschlag 2- Bettzimmer	Ja/Nein
Arztliquidation nach GÖÄ	Ja/Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Patientenaufnahme

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

die Mitarbeiter der Verus Klinik Todtmoos gegenüber meinem / meiner

- ☐ **Einweisenden Arzt/Ärztin**

Name, Vorname, Adresse

- ☐ **Hausarzt / Hausärztin**

Name, Vorname, Adresse

- ☐ **Krankenkasse / Beihilfestelle**

Name, Adresse

- ☐ **Sonstige**

Name, Vorname, Adresse, Zuständigkeit

Bitte senden Sie den **Entlassungsbericht** an folgende Stellen (bitte wählen Sie max. 2):

- ☐ Einweisender Arzt / Ärztin
- ☐ Hausarzt / Hausärztin
- ☐ An mich selbst
- ☐ Sonstige _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit der Wirkung in die Zukunft widerrufen kann.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient*in

Hinweise vor der Anreise

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
gerne geben wir Ihnen hier vorab ein paar wichtige Informationen für Ihre Anreise bei uns:

Parken:

Kostenfreies Parken:

Eine kostenlose Parkmöglichkeit steht Ihnen ca. 10 Gehminuten von der Klinik entfernt zur Verfügung. Wir weisen darauf hin, dass die Klinik keinerlei Haftung für den Parkplatz übernimmt.

Zum Be- und Entladen dürfen Sie selbstverständlich direkt bei der Klinik halten.

Kostenpflichtige Parkplätze:

Für mehr Komfort bieten wir unseren Patienten eine **begrenzte** Anzahl an kostenpflichtigen Parkplätzen an. Sollten sie Interesse haben, können sie sich gerne bei Anreise an unsere Rezeption wenden.

Parken in der Nachbarschaft:

Das Klinikgelände befindet sich inmitten eines Wasserschutzgebietes. Das Parken auf den umliegenden Wiesen und an den Straßenrändern ist daher strengstens verboten.

Bitte beachten Sie, dass die Klinik **keine Haftung** für etwaige Umweltschäden, einschließlich **Grundwasserverschmutzung**, übernimmt, die durch das unerlaubte Parken in der Nachbarschaft entstehen können.

In der Nachbarschaft befinden sich keine öffentlichen Parkmöglichkeiten. Die vorhandenen Parkplätze gehören zu den anliegenden Häusern, sind entsprechend Privatgelände und dürfen nicht genutzt werden.

Falschparken:

Für das Parken außerhalb der ausgewiesenen Klinikparkplätze wird ein **Bußgeld in Höhe von 30 €** erhoben.

Fahrzeuge, die im Bereich von Notausgängen oder Zufahrten für Rettungsdienste ohne Berechtigung parken, können kostenpflichtig abgeschleppt werden.

An- und Abreisemanagement:

Mailkontakt:

Im Rahmen unseres Anreisemanagements nutzen wir zur schnelleren Datenübermittlung E-Mail.

Bitte weisen Sie uns darauf hin, wenn Sie dem nicht zustimmen.

An- und Abreisetermine:

Die Aufnahme und Entlassung sind auf Montag bis Mittwoch begrenzt. Die An- und Abreise ist daher von Donnerstag bis Sonntag nicht möglich.

Entlassplanung:

Gemeinsam mit Ihrer Bezugstherapeut:in planen Sie die Entlassung zwei Wochen im Voraus. Bitte beachten Sie, dass wir uns vorbehalten, im Falle einer kurzfristigen ungeplanten Entlassung/ Abreise eine Bettfreihaltegebühr bis zum nächstmöglichen Entlassetermin zu erheben.

Ihre ersten Tage bei uns:

Eingewöhnung in der Kinderbetreuung:

Um Ihnen und Ihrem Kind/ Ihren Kindern einen guten Start in den Klinikaufenthalt zu ermöglichen und Ihnen ein intensives Therapieprogramm zu ermöglichen, legen wir in den ersten zwei Wochen Ihres Aufenthaltes den Fokus auf die Eingewöhnung Ihrer Kinder in die Kinderbetreuung.

In drei altersgerechten Gruppen steht Ihnen unsere hauseigene Betreuung von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 16:00 Uhr zur Verfügung.

Im Rahmen einer individuellen Eingewöhnung finden sich Ihre Kinder in die neue Umgebung ein, lernen neue Spielkameraden und Ihre Betreuer:innen kennen.

Ihr Therapiestart:

Uns ist besonders wichtig, dass Sie sich auf Ihre Therapie in unserem Haus einlassen können. Aus diesem Grund widmen Sie sich die ersten zwei Wochen Ihres Aufenthalts dem Ankommen und der Eingewöhnung Ihrer Kinder in die Kinderbetreuung.

In dieser Zeit finden erste Aufnahme- und Anamnesegespräche mit Ihren behandelnden Ärzten und Therapeuten statt. Nach der gelungenen Eingewöhnung können Sie intensiv in das therapeutische Programm einsteigen.

Besuchsregelungen:

Bitte beachten Sie, dass Besuche durch Ihre Familienangehörigen und Freunde im Klinikgebäude nicht möglich sind.

Gerne können sich Ihre Angehörigen eine Ferienwohnung in der Nähe mieten. Sie können dann gemeinsame Zeit außerhalb des Klinikgebäudes/ -geländes verbringen.

In Rücksprache mit Ihrem Bezugstherapeuten und der Klinikverwaltung können wir Sie während des Besuchs Ihrer Angehörigen beurlauben.

Einwilligungserklärung gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Hiermit willige ich/willigen wir ein, dass personenbezogene Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, Gesundheits- und Sozialdaten zum Zweck der Terminplanung und Vertragserfüllung erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen.

Zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben werden bei der Verus- Klinik die Daten für weitere 30 Jahre nach Abschluss der Vertragserfüllung/Betreuung gespeichert. Gemäß §15 DSGVO bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, gegenüber der Verus-Klinik um umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu ersuchen.

Ich kann/wir können gemäß §17 DSGVO jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir jederzeit, ohne Angabe von Gründen von meinem/unserem Widerspruchsrecht Gebrauch machen kann/können und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern/einschränken oder gänzlich widerrufen kann.

Der Widerruf ist postalisch an folgende Adresse zu richten:

Verus-Klinik GmbH
Abteilung Mutter-Vater-Kind
Alpenblickstr. 6
79682 Todtmoos

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen habe.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Patientenaufnahme

Gesundheitsfragen

Allergien:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Körpergröße/ Gewicht:

Liegt eine Schwangerschaft vor?

☐ **Ja ***

☐ **Nein**

Errechneter Geburtstermin:

***Bitte beachten Sie:**

Sollten während Ihres Aufenthaltes bei uns Untersuchungen oder Behandlungen bezüglich der Schwangerschaft anfallen, müssen diese bei ihrem behandelnden Arzt oder einem anderen externen Arzt durchgeführt werden. Die Kosten für dies sind nicht in die Behandlung in unserer Klinik begriffen. Klären Sie daher im Vorfeld mit Ihrer Krankenkasse die Kostenübernahme ab.

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung? (wenn ja, seit wann?):

Bitte geben Sie die Medikamente mit Dosierung an, die Sie aktuell regelmäßig einnehmen:

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten anlässlich der Aufnahme eines minderjährigen Kindes als Begleitkind in die Verus Klinik

*Hinweis: **Wir benötigen die Unterschrift aller sorgeberechtigten Personen***

	Angaben zur Mutter	Angaben zum Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		
Sorgeberechtigt		

- ☐ Die elterliche Sorge wird von beiden Elternteilen **gemeinsam** ausgeführt
- ☐ Die elterliche Sorge liegt bei der **Mutter**
- ☐ Die elterliche Sorge liegt beim **Vater**
- ☐ Die elterliche Sorge wird durch einen **Vormund** ausgeübt

	Angaben zu Kind 1	Angaben zu Kind 2	Angaben zu Kind 3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Anschrift			

--	--

Ort/ Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung 1 ggf. Vormund

--	--

Ort/Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung 2 ggf. Vormund

Erklärung für Kinder, deren Eltern bei Geburt des Kindes nicht miteinander verheiratet waren:

Ich erkläre, dass **keine** Sorgeerklärung abgegeben wurde!

--	--

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Begleitkinderaufnahmevereinbarung

Kind 1

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Versicherung

Versicherungsnummer

Hauptversicherter

Geburtsdatum

Anschrift

Name / Vorname Mutter

Anschrift Mutter

Name/ Vorname Vater

Anschrift Vater

Hat das Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Erhält das Kind Medikamente?

Wenn ja, welche und seit wann?

Weist das Kind gesundheitliche oder
entwicklungsbedingte Auffälligkeiten auf?

Ort/ Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Patientenaufnahme

Begleitkinderaufnahmevereinbarung

Kind 2

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Versicherung

Versicherungsnummer

Hauptversicherter

Geburtsdatum

Anschrift

Name / Vorname Mutter

Anschrift Mutter

Name/ Vorname Vater

Anschrift Vater

Hat das Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Erhält das Kind Medikamente?

Wenn ja, welche und seit wann?

Weist das Kind gesundheitliche oder
entwicklungsbedingte Auffälligkeiten auf?

Ort/ Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Patientenaufnahme

Begleitkinderaufnahmevereinbarung

Kind 3

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Versicherung

Versicherungsnummer

Hauptversicherter

Geburtsdatum

Anschrift

Name / Vorname Mutter

Anschrift Mutter

Name/ Vorname Vater

Anschrift Vater

Hat das Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Erhält das Kind Medikamente?

Wenn ja, welche und seit wann?

Weist das Kind gesundheitliche oder
entwicklungsbedingte Auffälligkeiten auf?

Ort/ Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Patientenaufnahme