



# Datenblatt psychiatrische Tagesklinik

## Datenschutzhinweis

Ihre personenbezogenen Daten werden zur Vorbereitung und Durchführung Ihrer Behandlung verarbeitet. Dies umfasst insbesondere Gesundheitsdaten. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 DSGVO finden Sie in der beigelegten Patienteninformation zum Datenschutz.

<b>Name</b>	.....	<b>Vorname</b>	.....
<b>PLZ/Wohnort</b>	.....	<b>Straße/Nr.</b>	.....
<b>Geburtsdatum</b>	.....	<b>E-Mail</b>	.....
<b>Telefon Festnetz</b>	.....	<b>Mobil</b>	.....

**Krankenkasse**                       privat                       gesetzlich

**Behinderung / Pflegestufe**                       GdB \_\_\_\_\_%                       Pflegestufe Grad \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift der Krankenkasse**

.....  
.....

**Zusatzversicherung**                       Chefarztbehandlung                       Einbettzimmer

**Name und Anschrift der Zusatzversicherung**

.....  
.....

**Name und Anschrift des einweisenden Arztes**

.....  
.....

**Einweisungsdiagnosen**

.....  
.....

**Gewünschter Aufnahmetermin:** .....

Um optimal beurteilen zu können, inwieweit wir mit dem therapeutischen Angebot unseres Hauses Ihren persönlichen Beschwerden und Erwartungen an eine Behandlung entsprechen, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich.

## Momentane Lebenssituation

### Familienstand

- ledig
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

### Momentane Wohnsituation

- alleinlebend
- mit anderen zusammenlebend (Familie, Freunde)

Anzahl und Alter der Kinder:

.....

.....

### Berufliche Situation:

erlernter Beruf ..... zuletzt ausgeübte Tätigkeit .....

arbeitsunfähig seit ..... arbeitslos seit .....

berentet seit ..... Rentenantrag gestellt am .....

### Ihre Beschwerden (bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit   | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                         | <input type="checkbox"/> starke innere Unruhe   |
| <input type="checkbox"/> Angst   | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden                    | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit   | <input type="checkbox"/> Zwänge                             | <input type="checkbox"/> Wutanfälle             |
| <input type="checkbox"/> Alpträume   | <input type="checkbox"/> Übermäßiger Ehrgeiz                |   |
| <input type="checkbox"/> Zittern   | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                      | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche           |
| <input type="checkbox"/> Verwirrung  | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche                   | <input type="checkbox"/> Drogeneinnahme         |
| <input type="checkbox"/> übermäßiger Alkoholgenuss                                 | <input type="checkbox"/> ständige Schmerzen                 |   |
| <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken  | <input type="checkbox"/> Lebensüberdruß                     |   |
| <input type="checkbox"/> Unfähigkeit zu arbeiten                                   | <input type="checkbox"/> häufiger Wechsel der Arbeitsstelle |   |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit  | <input type="checkbox"/> körperliche Auseinandersetzungen   |   |
| <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle  | <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, Freunde zu gewinnen   |   |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Schmerz-,<br>Beruhigungs- oder Schlafmitteln |   |   |

**Andere körperliche oder psychische Beschwerden:**

---

---

---

**Liegen bei Ihnen körperliche Behinderungen oder Beeinträchtigungen vor? Wenn ja, welche:**

---

---

**Benötigen Sie Heil- und /oder Hilfsmittel (Rollator, Hörgerät ...)? Wenn ja, welche:**

---

**Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden von einem Arzt untersucht worden?**  Ja  Nein

Falls ja, wann und mit welchem Ergebnis:

---

---

---

**Waren Sie schon einmal in psychologisch-/psychiatrisch-ambulanter Behandlung?**  Ja  Nein

Falls ja, bei wem, wann, wie lange und aus welchem Grund:

---

---

**Waren Sie schon einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung?**  Ja  Nein

Falls ja, wo, wann, wie lange und aus welchem Grund (bitte Entlassungsberichte beifügen):

---

---

**Waren Sie schon einmal in stat. oder amb. neurologischer Behandlung?**  Ja  Nein

Falls ja, wo, wann, wie lange und aus welchem Grund (bitte Entlassungsberichte beifügen):

---

---



**Nehmen Sie an einer Selbsthilfegruppe teil?**

Ja  Nein

Falls ja, welche Gruppe, aus welchem Anlass, seit wann und wie regelmäßig?

.....

.....

**Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Wunsch nach einer Behandlung in unserer Klinik?**

.....

.....

.....

## Umgang mit Alkohol, Nikotin, Medikamenten, Drogen und Essverhalten

**a) Glauben Sie, dass Ihr Trinkverhalten problematisch ist?**

Ja  Nein

Führen Sie bitte Art und Menge des von Ihnen konsumierten Alkohols pro Woche auf:

.....

.....

.....

**b) Sehen Sie Probleme in Ihrem Umgang mit Nikotin?**

Ja  Nein

Sofern Sie rauchen, wie viel rauchen Sie?

.....

**c) Nehmen oder nahmen Sie Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel?**

Ja  Nein

Welche Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel haben Sie eingenommen, beschreiben Sie bitte Mengen und Einnahmezeiträume:

Medikament	Dosierung	Zeitraum
------------	-----------	----------

.....

.....

.....

Größe ..... Gewicht .....

**d) Nehmen oder nahmen Sie Drogen ein?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche Drogen, Zeitraum und Mengen:

.....

.....

.....

**e) Glauben Sie, dass Ihr Essverhalten problematisch ist?**

Ja  Nein

Beschreiben Sie Ihr Essverhalten. Erwähnen Sie insbesondere Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten und die Einnahme von Abführmitteln oder Appetitzüglern:

.....

.....

.....

**f) Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten / Allergien**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Lebensmittelunverträglichkeiten:

.....

.....

Allergien:

.....

.....

Besondere Ernährungsformen:  vegetarisch  vegan  kein Schweinefleisch o. ä.

.....

.....



## **Sie liegen uns am Herzen!**

Um mit Ihnen die Behandlung schnell und fachgerecht beginnen zu können, bitte wir um Überlassung etwaiger Befunde und Behandlungsunterlagen in Kopie im Voraus.

Bitte senden Sie uns diese Dokumente zusammen per E-Mail, per Post oder per Fax an die folgende Adresse:

**Klinik Dr. Steib Betriebs GmbH**  
**Adelheidstr. 18**  
**61462 Königstein**  
**Fax 06174 24473**  
**E-Mail: [aufnahme@klinik-steib.de](mailto:aufnahme@klinik-steib.de)**

Nach Eingang und Prüfung der Unterlagen setzen wir uns innerhalb von 14 Tagen telefonisch oder schriftlich mit Ihnen in Verbindung.

Wir wissen, wie schwierig der erste Schritt ist.  
Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, uns anzusprechen!

Mit freundlichen Grüßen

Gabriele Haubitz

Anette von Kuczkowski

Patienten-Aufnahme

Tel.: 06174 938844 / -42

E-Mail: [aufnahme@klinik-steib.de](mailto:aufnahme@klinik-steib.de)

**Haben Sie noch weitere Informationen, die Ihnen wichtig erscheinen und nach denen bisher nicht gefragt wurde? Dann ergänzen Sie diese gerne auf der nächsten Seite.**

## Weitere Informationen



# Patienteninformation zum Datenschutz (Art. 13 DSGVO)

## 1. Verantwortlicher

Klinik Dr. Steib Betriebs GmbH  
Adelheidstraße 18  
61462 Königstein  
Telefon: 06174 93 88-0  
E-Mail: [info@klinik-steib.de](mailto:info@klinik-steib.de)

Die Klinik ist verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

## 2. Datenschutzbeauftragter

Sie erreichen die Datenschutzbeauftragte der Klinik unter:  
E-Mail: [datenschutz@klinik-steib.de](mailto:datenschutz@klinik-steib.de)

Sie können sich jederzeit mit Fragen zum Datenschutz oder zur Wahrnehmung Ihrer Rechte an die Datenschutzbeauftragte wenden.

## 3. Zwecke der Datenverarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten werden verarbeitet zur:

- Prüfung und Planung einer stationären Aufnahme
- Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation der medizinischen und therapeutischen Behandlung
- Organisation von Diagnostik, Therapie und Pflege
- Kommunikation mit einweisenden, weiterbehandelnden oder mitbehandelnden Ärzten und Therapeuten
- Kommunikation mit Krankenkassen und anderen Kostenträgern
- Abrechnung der erbrachten Leistungen
- Erfüllung gesetzlicher Dokumentations- und Nachweispflichten
- Qualitätssicherung und organisatorischen Abläufen innerhalb der Klinik.

## 4. Art der verarbeiteten Daten

Es werden insbesondere folgende Daten verarbeitet:

- Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kontaktdaten)
- Versicherungs- und Abrechnungsdaten
- Gesundheitsdaten (Diagnosen, Beschwerden, Behandlungsverlauf, Medikation)
- Angaben zur Lebenssituation und sozialen Situation
- Angaben zu psychischen Belastungen, Suizidalität, Suchtverhalten oder Vorerkrankungen

Hierbei handelt es sich teilweise um besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO, die einem besonders hohen Schutz unterliegen.

## 5. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und Behandlungsvertrag)
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen)
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (Verarbeitung von Gesundheitsdaten für Zwecke der medizinischen Versorgung)
- § 630f BGB sowie weiteren gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten.

## 6. Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden nur weitergegeben, soweit dies zur Durchführung der Behandlung oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen erforderlich ist. Empfänger können insbesondere sein:

- Ärztinnen und Ärzte sowie therapeutisches und pflegerisches Personal der Klinik
- Einweisende oder weiterbehandelnde Ärzte und Einrichtungen
- Krankenkassen und sonstige Kostenträger
- Abrechnungsdienstleister
- IT-Dienstleister im Rahmen einer Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO

Eine Weitergabe an sonstige Dritte erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung oder auf gesetzlicher Grundlage.

## 7. Speicherdauer

Ihre Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies für die Durchführung der Behandlung und zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten erforderlich ist.

Medizinische Behandlungsunterlagen werden in der Regel mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, soweit keine längeren gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen.

## 8. Ihre Rechte

Sie haben folgende Rechte:

- Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO)
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO)
- Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung, soweit gesetzlich zulässig (Art. 17, 18 DSGVO)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)

Zur Wahrnehmung Ihrer Rechte können Sie sich jederzeit an die Klinik oder die Datenschutzbeauftragte wenden.

## 9. Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren.

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

[www.datenschutz.hessen.de](http://www.datenschutz.hessen.de)

## 10. Bereitstellung der Daten

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Prüfung einer Aufnahme sowie für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Wenn Sie die erforderlichen Angaben nicht bereitstellen, kann eine Aufnahme oder Behandlung möglicherweise nicht erfolgen.