



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte zu beantworten.

Die **vollständige** und **genaue** Beantwortung **aller Fragen** ist daher sehr wichtig und liegt auch in Ihrem Interesse.

Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

Bitte den vollständig ausgefüllten ärztlichen Patientenfragebogen und die beigefügte Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht G821 unterschrieben im Pflegedienstzimmer abgeben.

Bitte die Formulare nicht vorab mit der Post zuschicken!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Dr. med. J. Hekler
Ärztlicher Direktor

Beigefügte Formulare:

- ärztlicher Patientenfragebogen plus 4 Anlagen
- Informationen zum ärztlichen Entlassungsbericht G820
- Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht G821

Ärztlicher Patientenfragebogen der Aggertalklinik

Bitte ausgefüllt am Aufnahme tag im Pflegedienstzimmer abgeben!

Name:

geb. am:

Bitte streichen Sie das Nichtzutreffende durch bzw. kreuzen Sie das Zutreffende an.

Krankheiten bei Blutsverwandten (z.B. Bluthochdruck, Asthma, Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Übergewicht, Schlaganfall, Herzinfarkt, Rheuma, Gicht, Geisteskrankheiten, Krebs)

Krankheiten

Vater:

Mutter:

Geschwister:

1.1 Zur Zeit habe ich vor allem folgende Schmerzen / Beschwerden / Funktionseinschränkungen (Beschwerden, Symptome, Lokalisation, Häufigkeit, Beginn, Auslöser nach ihrer Wichtigkeit geordnet):

seit

Schmerzstärke (NAS): gering (0-2) mittel (3-5) stark (6-9) unerträglich (9-10)

Zur Zeit fällt mir im Alltag und Beruf besonders schwer / vermeide ich folgende Tätigkeiten:

Woher, glauben Sie, kommen Ihre Beschwerden?

Fühlen Sie sich ausreichend informiert? ja nein

1.2 Bisheriger Verlauf der Beschwerden / orthopädische Erkrankungen (erstmaliges Auftreten, auslösende Ereignisse, Diagnostik, Behandlung, Behandlungserfolg - ggf. Schmerzanamnese)

Bisherige Untersuchungen (Röntgen, MRT, CT - mit Datum, Hilfsmittelversorgung z.B. Einlagen, Korsett etc.)

Aktuelle Medikamente (auch "Pille", Schlaf- und Abführmittel):

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends	nachts	täglich	bei Bedarf
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlungsmaßnahmen (der letzten 6 Monate) keine

	Anzahl	Beschwerdelinderung	
		ja	nein
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chirotherapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wärmetherapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kältetherapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elektrotherapie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bestrahlungen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Massagen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medizinische Bäder	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige:	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Ich hatte bisher weitere Erkrankungen (wann festgestellt)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> übliche Kinderkrankheiten | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselerkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung _____ | <input type="checkbox"/> KHK (Herzkrankheit) _____ |
| <input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht _____ | <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) _____ |
| <input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____ |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Operationen / Unfälle / stationäre Aufenthalte

Jahr	Verletzung / Art bzw. Grund der Operation	Operation	stationär
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitsunfälle:

- nein
- ja (Art, wann?): _____

Ich hatte bisher folgende Rehabilitationsverfahren:

Jahr	Ort / Art	Stationär	Ambulant ganztägig
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Metall im Körper?

- Künstliche Gelenke: nein: ja: und zwar: _____
- Herzschrittmacher: nein: ja:
- „Spirale“: nein: ja:
- Splitter, Schrauben, sonstiges: nein: ja: und zwar: _____

1.5 Fragen zur Ernährung und zu vegetativen Funktionen

- Allgemeinbefinden:** gut mäßig schlecht
- Appetit:** normal mäßig schlecht vermehrt Diät wegen
- Gewichtsverhalten in den letzten 6 Monaten:** konstant zunehmend abnehmend
- Stuhlgang:** regelmäßig unregelmäßig Durchfall Obstipation (Verstopfung)
- Wasserlassen:** normal oft vermindert nachträpfeln verzögert brennen
- Ich verliere Wasser beim _____
- Ich muss nachts ____ mal Wasser lassen.

Knöchelschwellungen: nie selten immer nach Belastungen abends

Schlaf: gut wechselnd schlecht / wegen Schmerzen / etwa _____ Stunden pro Nacht
 Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Schnarchen

Atmung: normal Ruhe-Kurzatmigkeit Belastungs-Kurzatmigkeit

Übelkeit: nein ja

Erbrechen: nein ja

Schwitzen: nein ja

Kältegefühl: nein ja

Allergien: keine ja, und zwar: _____
Medikamente: _____
Nahrungsmittel: _____

Allergiepass: nein ja

Seelische Befindlichkeit: unauffällig schlecht

Sexuelle Dysfunktion: nein ja

2.1 Angaben zu Ihren Lebensumständen (Sozialanamnese)

Ich bin: verheiratet ledig geschieden verwitwet wieder verheiratet
 lebe alleine Lebensgemeinschaft

Anzahl der Kinder: _____ davon im Haushalt: _____

Sie sind _____ Jahre alt, werden noch von mir weitgehend mitversorgt: ja nein

Mein Ehepartner ist Rentner berufstätig (___ Std./Woche) arbeitslos Hausfrau/-mann

Wohnsituation: Mietwohnung Wohneigentum

Etage _____ Aufzug: ja nein

Häusliche Versorgung gewährleistet: ja nein

Soziale Unterstützung / Freundeskreis / Belastungen im sozialen Umfeld:

Psychische Belastungen: keine ja: _____

Pflege von Angehörigen: keine ja: _____

Mit meinem Familien- / Privatleben bin ich zufrieden ja nein weiß nicht
Ich fühle mich gestresst ja nein weiß nicht

weil / durch:

Ich fühle mich psychisch ausgeglichen

ja

nein

weiß nicht

weil / durch:

Körperliche Aktivitäten in der Freizeit:

Gartenarbeit ___ Stunden / Woche

Wandern ___ Stunden / Woche

Radfahren ___ Stunden / Woche

Schwimmen ___ Stunden / Woche Ich bin Schwimmer: Nichtschwimmer:

anderen Sport/Hobbys ___ Stunden / Woche, und zwar _____

Finanzielle Absicherung: _____

Pflegestufe: nein ja: I II III

Risikoverhalten: keines

Nikotin: nie gelegentlich täglich, ca. ___ Zigaretten / Zigarren / Pfeifen, seit ___ Jahren

Alkohol: nie gelegentlich oft täglich, und zwar ca. ___ Flaschen / Gläser / Bier / Wein /

Schnaps / Drogen o. ä. / sonstiges _____

Aktuelle Erwerbssituation (Sozialversicherungsrechtlicher Status)

Erwerbsstatus

Ich bin erwerbstätig:

Vollzeit Teilzeit ___ Stunden geringfügige Beschäftigung (450 Euro-Job)

in Ausbildung _____

Ich bin nicht erwerbstätig: Rentner Hausfrau / Hausmann in Altersteilzeit

Arbeitslos: ja, seit _____ Grund: _____

Arbeit suchend gemeldet bei der Agentur für Arbeit: nein ja für Vollzeit Teilzeit

ALG-Bezug: nein ja: ALG I ALG II (Hartz IV)

Ich beziehe Erwerbsminderungsrente / Berufsunfähigkeitsrente / Altersrente seit _____

Antrag auf Erwerbsminderungsrente Altersrente

Berufsunfähigkeits-Teilrente Berufsunfähigkeits-Vollrente

gestellt am _____

Rentantrag abgelehnt am: _____. Widerspruch wurde eingelegt am: _____.

Ich beziehe seit _____ oder hatte von _____ bis _____ eine Zeitrente.

Aktuelle Arbeitsfähigkeit:

- arbeitsfähig nicht erwerbstätig
 arbeitsunfähig seit _____ Grund: _____
 Lohnfortzahlung Krankengeld
Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten: keine
 bis unter 3 Monate 3 bis unter 6 Monate 6 Monate und mehr
-

Festgestellte Einschränkungen

- GdB:** nein ja, von ____ (Versorgungsamt) seit _____ Grund: _____
MdE: nein ja, von ____ % (Berufsgenossenschaft) seit _____ Grund: _____
-

Laufende Sozialleistungsanträge:

- nein beantragt _____ abgelehnt _____
-

Laufende Sozialstreitigkeiten:

- nein beantragt _____ abgelehnt _____
-
-

2.2 Arbeit und Beruf

Beruflicher Werdegang

- Schulabschluss: keiner Hauptschulabschluss Realschulabschluss Abitur Studium
Erlerner Beruf: _____ ausgeübt bis: _____
 kein erlernter Beruf

Übersicht Berufsleben (inkl. Umschulungen):

- Berufskrankheiten anerkannt** nein
 ja
-

Beschreibung des aktuellen Arbeitsplatzes (letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit)

Jetzige / letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit: _____

Arbeiter(in) Angestellte(r) Beamte(r) Selbständige(r)

Geringfügige Beschäftigung als: _____ seit _____

Belastungen am Arbeitsplatz (z.B. Bücken, Tragen, Heben, Sitzen, Konzentration, Bildschirmtätigkeit, Schichtdienst, Akkord / lange Anfahrtszeiten):

Hilfsmittel (z.B. Kran, Lifter, Stehpult etc.)

nein ja: _____

Beschreibung der jetzigen Tätigkeit (bitte stichwortartig beschreiben): _____

Anforderungsprofil:

Arbeitsschwere: leichte mittelschwere schwere

Arbeitshaltung: sitzende stehende gehende Tätigkeit

Arbeitsorganisation: Tagschicht Früh-/Spätschicht Nachtschicht

Zufriedenheit mit der Arbeit: _____

Ich kann meine Arbeit weiter fortsetzen: ja glaube nicht weiß nicht

wegen: _____

Ich möchte meine Arbeit gerne weiter fortsetzen: ja nein

wegen: _____

Ich strebe eine Umschulung an: ja nein

wegen: _____

Beeinträchtigung durch Behinderung: ja nein

Name und Adresse d. Arbeitgebers / Firma: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____ Zahl der Beschäftigten: ca. _____

Ich komme zur Arbeit mit: PKW öffentliche Verkehrsmittel zu Fuß Fahrrad

Sonstige : _____

Betriebsärztliche Betreuung: nein ja, durch: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

2.5 Ich bin in der Ausführung meiner Tätigkeit eingeschränkt ja nein

4.1 Rehaziel

Was möchten Sie für sich **persönlich** durch die Reha erreichen? (Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz):

Mein Ziel ist, dass ich am Ende der Reha / nach der Reha wieder :

Ihre zur Zeit behandelnden Ärzte (Adresse + Telefon – Nr.):

Hausarzt:

Orthopäde / Chirurg:

Krankenhaus / voroperierende Klinik:

Andere Fachärzte:

Krankenkasse: _____

Tel.: _____

Fax.: _____

Vielen Dank für Ihre Mühe !

Anlagen:

- Fragebogen 1
- Schmerzfragebogen
- Selbstauskunft zum Arbeitsplatz
- Würzburger Screening



Fragebogen 1

- Ich fühle mich in den letzten vier Wochen.....

...lustlos, niedergeschlagen

ja

nein

...ängstlich, voller Sorgen

ja

nein

...nervös, unruhig

ja

nein

...reizbar, verärgert

ja

nein

...überfordert

ja

nein

- In den letzten vier Wochen.....

...habe ich oft schlecht geschlafen

ja

nein

...musste ich viel grübeln

ja

nein

...nahm ich regelmäßig Medikamente zur Beruhigung

...oder gegen Depression

ja

nein

...hatte ich Schmerzen, denen ich mich ausgeliefert
fühlte

ja

nein

...musste ich oft an frühere Erlebnisse denken, die
mich heute noch belasten

ja

nein

Schmerzfragebogen

1. Seit wie viel Monaten leiden Sie unter Schmerzen?

1 2 3 4 5 6 7 mehr als 7 Monate

2. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 mehr als 9 Monate

3. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen?

Keine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starke

4. Wie viele verschiedene Schmerzmedikamente haben Sie in der letzten Zeit eingenommen?

1 2 3 4

Vom Klinikarzt auszufüllen:

5. Kurzfassung IRES 2 Fragebogen

Anzahl Antworten: ja _ 1-2-3-4-5- | 6-7-8-9-10

1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___

6. D: nein
 ja

Auswertung: Anzahl Antworten 4 auffällig + 6. ja = OHP

Selbstauskunft zum Arbeitsplatz

(Bezieht sich bei Arbeitslosigkeit auf den letzten Arbeitsplatz)

Genauere Berufsbezeichnung: _____

Häufigste tägliche Arbeitsaufgaben: _____

Betriebsgröße:

- Kleinunternehmen
 mittlere Größe
 Großunternehmen

Arbeitszeit:

- regelmäßig
 unregelmäßig
 Teilzeit (.....Stunden/Woche)

Arbeitsweise:

- Zweischicht
 Dreischicht
 häufig Nachtschicht
 ständig Nachtschicht

Heben/Tragen von Lasten über 7 kg:

- häufig
 gelegentlich
 Tragen von kg häufig

Äußere Arbeitseinflüsse: (nur ankreuzen, wenn sie häufig oder ständig vorkommen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien | <input type="checkbox"/> Nässe (z.B. Wäscherei) |
| <input type="checkbox"/> in offenen Rohbauten | <input type="checkbox"/> Kälte (z.B. im Kühlhaus) |
| <input type="checkbox"/> mit Staubbentwicklung | <input type="checkbox"/> Hitze (z.B. Gießerei/Hochofen) |
| <input type="checkbox"/> mit Gasen, Dämpfen | <input type="checkbox"/> Lärm (z.B. Bohrmaschine, Kompressor) |
| <input type="checkbox"/> Belastung der Haut durch Chemikalien (z.B. Reinigungs- und Schmiermittel) | |

Ich verrichte körperlich

- leichte Arbeiten (Handhaben leichter Werkstücke, Bedienen von Steuerhebeln, Benutzung üblicher Handwerkzeuge)
- leichte und mittelschwere Arbeiten je zur Hälfte
- mittelschwere Arbeiten (Tragen von Lasten bis 15 kg in der Ebene, Steigen auf Treppen und Leitern ohne Lasten)
- schwere Arbeiten (Tragen von Lasten bis 40 kg in der Ebene, Steigen unter Lasten bis 15 kg, Handhaben von Werkzeugen über 3 kg, Schaufeln und Graben, Arbeiten in überwiegend gebückter Haltung)

Dabei arbeite ich

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend | <input type="checkbox"/> gehend und stehend |
| <input type="checkbox"/> häufig/ständig sitzend | <input type="checkbox"/> im Wechsel von Stehen, Gehen, Sitzen |
| <input type="checkbox"/> häufig in gebeugter Haltung | <input type="checkbox"/> häufig mit erhobenen Armen |
| <input type="checkbox"/> häufig im Hocken oder Knien | <input type="checkbox"/> häufig auf Gerüsten/Leitern |

Ich verrichte geistig

- einfache Arbeiten (Arbeiten nach Anweisung)
- mittelschwere Arbeiten (Tätigkeiten mit gewisser Selbständigkeit und Einfluss auf Arbeitsabläufe)
- schwierige Arbeiten (hochqualifizierte Arbeit, Verantwortung für Mitarbeiter)

Datum: _____ Unterschrift der/des Versicherten: _____

Würzburger Screening

Alter: _____ **Geschlecht:** männlich weiblich

(1) Sind Sie zurzeit berufstätig? (Bitte auch bei gegenwärtiger Krankschreibung beantworten)

- ja, Vollzeit (6 Stunden/Tag und mehr) nein, arbeitslos seit _____
- ja, Teilzeit (3 bis unter 6 Stunden/Tag) nein, Zeitrente bis _____
- ja, Teilzeit (1 bis unter 3 Stunden/Tag) nein, dauerhaft berentet
(Altersrente, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente)
- ja, in Ausbildung
- Hausfrau /-mann
(Falls dies für Sie zutrifft: Betrachten Sie bei der Beantwortung der folgenden Fragen Ihre Tätigkeit für Haushalt und Familie wie eine berufliche Tätigkeit)

(2) Glauben Sie, dass Sie nach der Reha-Maßnahme wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können? ja nein

(3) Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen? ja nein

(4) Wie bald nach Abschluss der Reha-Maßnahme hoffen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder auszunehmen? Innerhalb von

	einem Monat	mehr als einem Monat	überhaupt nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(5) Wie stark ist Ihr berufliches Leistungsvermögen eingeschränkt?

	Überhaupt nicht	kaum	etwas	ziemlich	sehr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(6) Tragen Belastungen am Arbeitsplatz zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden bei?

(7) Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre berufliche Tätigkeit belastet?

(8) Haben Sie Interesse, berufliche Probleme im Rahmen der Reha-Maßnahme zu bearbeiten?

(9) Haben Sie Interesse, an einer berufsbezogenen Schulungsgruppe teilzunehmen?



Informationen zum ärztlichen Entlassungsbericht

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

mit den nachfolgenden Hinweisen möchten wir Sie darüber informieren, was der ärztliche Entlassungsbericht ist und was nach Abschluss der Rehabilitation damit geschieht.

Was ist der ärztliche Entlassungsbericht?

Der ärztliche Entlassungsbericht wird von den Ärzten der Rehabilitationseinrichtung nach Abschluss der Rehabilitation für die Rentenversicherung erstellt und ist mit einem Arztbrief vergleichbar, wie er Ihnen möglicherweise von einer ambulanten ärztlichen Behandlung oder einem stationären Krankenhausaufenthalt bereits bekannt ist. In ihm wird Ihr Krankheitsverlauf unter Berücksichtigung Ihrer eigenen Angaben (Anamnese), des Aufnahmebefundes, der Diagnostik, der therapeutischen Maßnahmen und des Behandlungsergebnisses dokumentiert. Außerdem gibt der Arzt der Rehabilitationseinrichtung eine sogenannte sozialmedizinische Beurteilung mit einer Aussage über Ihre Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ab. Bitte fragen Sie beim Abschlussgespräch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung nach dem wesentlichen Inhalt des Entlassungsberichtes, er wird Ihnen die gewünschte Auskunft geben.

Wer erhält den ärztlichen Entlassungsbericht?

- Rentenversicherung

Wir, die Rentenversicherung, fügen den Entlassungsbericht Ihrer Rehabilitationsakte bei. Neben den sozialmedizinischen Informationen entnehmen wir dem Entlassungsbericht auch Daten, die gegebenenfalls für die Gewährung, Durchführung und Beurteilung weiterer Leistungen zur Teilhabe oder einer Rente wegen Erwerbsminderung von Bedeutung sein können. Diese Angaben werden bei uns gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Sozialdatenschutzes. So wie die Ärzte der Rehabilitationseinrichtung, die während der Behandlung bekannt gewordenen Daten nicht ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Andere übermitteln dürfen (ärztliche Schweigepflicht), sind auch alle Mitarbeiter der Rentenversicherung verpflichtet, Ihre Daten geheim zu halten (Sozialgeheimnis).

- Behandelnder Arzt

Der weiter behandelnde Arzt kann aus dem Entlassungsbericht unter anderem das Rehabilitationsziel, die letzte Medikation und die therapeutischen Leistungen während der Rehabilitation entnehmen. Gleichzeitig erhält er Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen. Diese Informationen sind für Ihre Nachbehandlung und Weiterbehandlung wichtig. Sie sollen dazu dienen, den während der Rehabilitation erzielten Behandlungserfolg zu festigen. Ihr Arzt wird sicherlich bereit sein, bei einem Ihrer nächsten Besuche in der Praxis mit Ihnen ausführlich den Inhalt des Berichtes zu besprechen.

Ob der Arzt, der Sie nach Abschluss der Rehabilitation zu Hause weiter behandeln wird, eine Durchsicht des Entlassungsberichtes erhält, hängt allein von **Ihrer Einwilligung** ab. Wenn Sie möchten, dass Ihr Arzt den Entlassungsbericht erhält, tragen Sie bitte seinen Namen und seine Anschrift in der anhängenden Erklärung ein. Falls Sie vor der Rehabilitation bereits stationär behandelt wurden, ist es möglich, den Entlassungsbericht - zum Beispiel nach einer Anschlussrehabilitation - dem Arzt des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung zuzusenden. Bitte nennen Sie dann die Anschrift des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung und den Namen des dort tätigen Arztes. Wenn Sie es wünschen, kann der Entlassungsbericht auch dem DMP-Arzt sowie dem Betriebsarzt oder Personalarzt übermittelt werden.

Sie allein entscheiden, ob und gegebenenfalls welchem Arzt Ihres Vertrauens der Entlassungsbericht übermittelt werden darf. Übergeben Sie die unterschriebene Erklärung beim Abschlussgespräch dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung. Eine Ausfertigung Ihrer Erklärung ist für Sie bestimmt. Der Arzt der Rehabilitationseinrichtung wird sie Ihnen nach dem Abschlussgespräch aushändigen. Natürlich ist es schwierig, diese Entscheidung zu treffen, ohne den Entlassungsbericht vorher gesehen zu haben. Sie können aber auf die Angaben des Arztes im Abschlussgespräch vertrauen. Sie haben bei Abgabe der Erklärung die Rehabilitation fast beendet und wissen, welche Behandlungen Sie erhalten und welche Informationen Sie selbst den Ärzten gegeben haben. Sollten Sie Bedenken gegen eine Datenübermittlung an Ihren Arzt haben, sprechen Sie mit den Sie behandelnden Ärzten der Rehabilitationseinrichtung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung



Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)

§ 35 SGB I

Sozialgeheimnis

(1) Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Absatz 1 Zehntes Buch) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis). Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfasst die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden...

(2) Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches zulässig.

(3) - (5)...

§ 76 SGB X

Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Absatz 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.

(2) - (3)...

§ 80 SGB X

Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten im Auftrag

(1) Werden Sozialdaten im Auftrag durch andere Stellen erhoben, verarbeitet oder genutzt, ist der Auftraggeber für die Einhaltung der Vorschriften dieses Gesetzbuches und anderer Vorschriften über den Datenschutz verantwortlich. Die in den §§ 82 bis 84 genannten Rechte sind ihm gegenüber geltend zu machen.

(2) - (7)...

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 203 StGB

Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebsgeheimnis oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1 Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung
oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

2 Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,

3 - 6. ...

anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2)...

(3)...

Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat.

(4) - (5)...

