

# Fragebogen zur Anmeldung im Krankenhaus

Name der Patientin / des Patienten: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte senden Sie uns die vollständig ausgefüllten Anmeldeunterlagen **zusammen mit Ihrem Einweisungsschein** sowie einem **aktuellen ärztlichen oder psychologischen/psychotherapeutischen Befundbericht gesammelt** zu.

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine Anmeldung für einen stationären Krankenhausaufenthalt handelt und nicht für eine Rehabilitationsmaßnahme.

Vielen Dank!

Ihr Team der Fachklinik Allgäu Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

## Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

Bitte wählen Sie eine oder mehrere Optionen aus:

- Empfehlung von Familie oder Bekannten
- Empfehlung durch Arzt oder Therapeut
- Eigene Recherche im Internet
- Soziale Medien
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Wie möchten Sie untergebracht werden?

Bitte wählen Sie eine Option aus:

- Zweibettzimmer (Standardleistung ohne Zuzahlung)
- Einzelzimmer (Zuzahlung von 98€ pro Nacht)\*
- Einzelzimmer-Suite (Zuzahlung von 135€ pro Nacht)\*

\*Bei den Einzelzimmern handelt es sich um Wahlleistungen, die nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Die Kosten dafür müssen selbst oder von einer Zusatz-/Privatversicherung getragen werden.

# Teil 1: Psychotherapeutisch

## Ihre Therapieerwartung

Sie sehen Ihre Probleme

- im körperlichen Bereich     
  im seelischen Bereich     
  im sozialen Bereich (Arbeit, Familie usw.)

Die Anmeldung zur stationären Behandlung erfolgt auf

- eigenen Wunsch       Anregung Ihres Arztes/Therapeuten  
 Anregung der Krankenkasse/DRV       Anregung der Agentur für Arbeit  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Waren in den letzten 6 Monaten oder sind aktuell Bekannte/Angehörige zur Behandlung in unserer Krankenhausabteilung?

- Ja       Nein      Name und Zeitraum? \_\_\_\_\_

## Aktuelle Beschwerden:

Beschreiben Sie bitte frei Ihre aktuellen Beschwerden:

---



---

Was sind Ihrer Meinung nach die Auslöser für Ihre Beschwerden bzw. wie erklären Sie sich Ihre psychischen Beschwerden?

---



---

Haben sie Einschränkungen in folgenden Bereichen und wenn ja welche?

| Lebensbereich                                    | Einschränkung?                |                             | Beschreibung der Einschränkung |
|--|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Selbstfürsorge<br>(Körperpflege, Haushalt, usw.) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                                |
| Beruf  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                                |
| Partnerschaft                                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                                |
| Familie  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                                |
| Freundschaften                                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                                |
| Hobbies  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                                |

**Schädlicher Substanzkonsum**

Welche Suchtmittel konsumieren sie aktuell? (Wieviel pro Tag? Wie viele Tage in der Woche? Was?)

Keine  Alkohol: \_\_\_\_\_

Nikotin: \_\_\_\_\_  Andere (Schlafmittel, Drogen): \_\_\_\_\_

Gab es Zeiten in Ihrem Leben, in denen sie Suchtmittel in verstärktem Maße konsumiert haben?  
(Wann und wie lange?)

Keine  Alkohol: \_\_\_\_\_

Nikotin: \_\_\_\_\_  Andere (Schlafmittel, Drogen): \_\_\_\_\_

Waren Sie aufgrund einer Abhängigkeit von Alkohol, Zigaretten, Tabletten oder Drogen schon in Behandlung?  
Wenn ja wann und wo?

**Essverhalten**

Haben Sie Probleme mit Ihrem Essverhalten (Kalorienzählen, Diäten, Fressanfälle, Erbrechen, Abführmittel, Appetitzügler etc.)?

Ja  Nein Welche und wie oft? \_\_\_\_\_

Gab es früher Phasen in denen sie Schwierigkeiten mit dem Essen hatten?

Ja  Nein Welche und wann? \_\_\_\_\_

**Lebensmittelallergien und -unverträglichkeiten**

Liegen bei Ihnen Lebensmittelallergien oder -unverträglichkeiten vor?

Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

**Selbstverletzungen**

Fügen oder fügten Sie sich selbst zeitweise Verletzungen zu (sich schneiden, kratzen bis es blutet, Haare ausreißen, usw.)?

Ja  Nein Welche, wie oft und wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**Lebensmüde Gedanken und Handlungen**

Kennen sie Suizidgedanken?

Ja  Nein Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Haben sie schon mal versucht sich das Leben zu nehmen?

Ja  Nein Wann und wie? \_\_\_\_\_

**Bisherige Behandlungen/Maßnahmen**

Welche psychotherapeutische Behandlung haben Sie bisher in Anspruch genommen?

| Art der Behandlung   | Durchgeführt?                 |                             | Von | Bis | Wo? |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----|-----|-----|
| Ambulante Psychotherapie   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |     |     |     |
| Ambulante psychiatrische Behandlung  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |     |     |     |
| Teilstationäre, tagesklinische Behandlung (Psychiatrie oder Psychosomatik) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |     |     |     |
| Stationäre Behandlung (Psychiatrie oder Psychosomatik)                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |     |     |     |

Psychopharmaka (Medikamente):

Ja       Nein      Welche, wann und wie lange? \_\_\_\_\_

Womit konnten sie bisher die besten Fortschritte erzielen?

**Ressourcen**

Woraus schöpfen Sie Kraft?

Gibt es Personen, an die Sie sich in der Not wenden könnten?

**Biografie und lebensgeschichtliche Belastungen**

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Aufgewachsen bei:

leiblichen Eltern       anderen Familienangehörigen, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Pflegefamilie       Heim/Waisenhaus       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben sie Geschwister? Wie viele und in welchem Abstand? \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen oder Selbstmorde bekannt?

Ja       Nein      Wer und was bzw. wie? \_\_\_\_\_

Haben sie in ihrem Leben folgendes erlebt und wenn ja in welchem Alter:

| Situation           | Erlebt?                       |                             | Alter |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
|                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Körperliche Gewalt  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Seelische Gewalt    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Sexuelle Übergriffe | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Folter              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Krieg               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Überfall            | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Schwerer Unfall     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Naturkatastrophen   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |
| Sonstiges:          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |       |

**Sozialanamnese**

Familienstand: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Partnerschaft:  Ja  Nein seit wann? \_\_\_\_\_

Beruf und Alter des Partners? \_\_\_\_\_

Haben sie Kinder?  Ja  Nein

| Name | Geschlecht | Alter | Aus welcher Beziehung? | Schwierigkeiten / Probleme? |
|------|------------|-------|------------------------|-----------------------------|
|      |            |       |                        |                             |
|      |            |       |                        |                             |
|      |            |       |                        |                             |

**Wohnsituation**

ich wohne alleine  ich wohne gemeinsam mit \_\_\_\_\_

zur Miete  im Eigentum  kein fester Wohnsitz

**Finanzielle Situation**

Einkommen:  regelmäßig  Rente  Arbeitslosengeld  Grundsicherung

Bestehen Schulden?  Ja  Nein In welcher Höhe? \_\_\_\_\_

**Berufliche Situation**

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle berufliche Stellung als:

Hausfrau/-mann     arbeitslos     in Rente     erwerbstätig     arbeitsunfähig (krankgeschr.)

Schüler\*in     Auszubildende\*r     Student\*in    seit: \_\_\_\_\_

Als was sind sie zurzeit oder als was waren sie zuletzt tätig?

\_\_\_\_\_

Ich arbeite:             Vollzeit (\_\_\_\_\_ h/Wo)             Teilzeit (\_\_\_\_\_ h/Wo)

Arbeitszeit:             Tagschicht     Frühschicht     Spätschicht     Nachtschicht

Hatten Sie einen krankheitsbedingten Arbeitswechsel oder eine Umschulung?

Ja             Nein            Wann und warum? \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeit**

Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten krank (arbeitsunfähig)? \_\_\_\_\_

Was waren die Gründe: \_\_\_\_\_

Gab es Arbeitsversuche/Wiedereingliederungsversuche, die erfolglos waren?

Ja             Nein            Wann? \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich in der Lage, dem zuletzt ausgeübten Beruf wie bisher nachzugehen?

Ja             Nein            Warum nicht? \_\_\_\_\_

**Grad der Behinderung (GdB) und Rente**

Besteht ein Grad der Behinderung (GdB)?

Ja             Nein            Grad der Behinderung und Beschreibung? \_\_\_\_\_

Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)?

Ja             Nein            Wie viel Prozent und bis wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsminderungs-Rente gestellt?

Ja             Nein            Wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer/ Betreuerin?**

Ja             Nein

**Therapieziele**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Teil 2: Ärztlich

## Krankheitsanamnese

Bestehen körperliche Erkrankungen?

Ja       Nein      Welche und seit wann? \_\_\_\_\_

Können Sie ohne Hilfsmittel Treppensteigen und über 20 Minuten zu Fuß gehen?

Ja       Nein      Welche Hilfsmittel? \_\_\_\_\_

Wurde Sie schon einmal operiert?

Ja       Nein      Weshalb und wann? \_\_\_\_\_

Erfolgt in den letzten zwei Jahren Untersuchungen (EKG, Langzeitblutdruckmessung, Blutbilder, CT, MRT, Darmspiegelung etc.)? Bitte jeweils Datum und was untersucht wurde angeben, sowie die entsprechenden Befunde dem Fragebogen anhängen:

---



---



---

Liegt ein Pflegegrad vor?

Ja       Nein      Falls ja, bitte den bestehenden Pflegegrad angeben: \_\_\_\_\_

## Medikamentenanamnese

Welche Medikamente nehmen sie ein:

| Präparat<br>(Name des Medikaments) | Dosierung<br>(wie viel Gramm, Milligramm usw.) | Wann<br>(morgens, mittags, abends, nachts) |
|------------------------------------|--|--|
|                                    |  |  |
|                                    |  |  |
|                                    |  |  |
|                                    |  |  |
|                                    |  |  |

## Vegetative Anamnese

Appetit:       normal       vermehrt       vermindert  
                   schwankend       Verlust einer regelmäßigen Essensstruktur

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: aktuell \_\_\_\_\_ kg

konstant + / - \_\_\_\_\_ kg

vermehrt, seit \_\_\_\_\_ Gewichtszunahme \_\_\_\_\_ kg

Gründe: \_\_\_\_\_

vermindert, seit \_\_\_\_\_ Gewichtsabnahme \_\_\_\_\_ kg

Gründe: \_\_\_\_\_

Durstgefühl:  normal  vermehrt  vermindert Trinkmenge pro Tag: \_\_\_\_\_ Liter

Schlaf:  CPAP-Maske  Früherwachen  Einschlafschwierigkeiten

Durchschlafschwierigkeiten  Verlust Tag-Nachtrhythmus  Schlafmittel

Sexualität:  ungestört  nachgelassen  gesteigert

fehlende Lust auf Sexualität  fehlendes Gefühl der Befriedigung bei Sexualität

**Behandelnde Ärzte** (Bitte Namen und Adresse eintragen):

Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Frauenarzt/-ärztin \_\_\_\_\_

Internist\*in: \_\_\_\_\_

Orthopäde/-in: \_\_\_\_\_

Psychiater\*in: \_\_\_\_\_

Psychotherapeut\*in: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens. Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Schicken Sie den Fragebogen an:

**Fachklinik Allgäu**  
**Peter-Heel-Straße 29**  
**87459 Pfronten**

Für die bestmögliche Bearbeitung Ihrer Anfrage, füllen Sie bitte das folgende Kontaktformular sorgfältig und vollständig aus.

| Persönliche Kontaktdaten  |  |
|---|--|
| Name, Vorname   |  |
| ggf. Geburtsname  |  |
| Straße, Hausnummer  |  |
| PLZ, Ort  |  |
| Telefonnummer   |  |
| Handynummer   |  |
| E-Mail-Adresse  |  |
| Notfallkontakt (Name, Tel.Nr.)  |  |
| Kostenträger (z.B. Krankenkasse)  |  |
| Betreuende/r Hausarzt / Hausärztin  |  |
| Name, Vorname   |  |
| Straße, Hausnummer  |  |
| PLZ, Ort  |  |
| Telefonnummer   |  |
| Betreuende/r Psychotherapeut*in   |  |
| Name, Vorname   |  |
| Straße, Hausnummer  |  |
| PLZ, Ort  |  |
| Telefonnummer   |  |
| Betreuende/r Facharzt/-ärztin (z.B. Psychiater, Internist)  |  |
| Name, Vorname   |  |
| Straße, Hausnummer  |  |
| PLZ, Ort  |  |
| Telefonnummer   |  |
| Die Einweisung erfolgt durch:   |  |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt / -ärztin <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/> sonstige einweisende Stelle: |  |

Um Ihre Anfrage bestmöglich bearbeiten zu können, benötigen wir eine Schweigepflichtentbindung, die es Ihrem/r betreuendem/n Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeuten/in ermöglicht Rücksprache mit uns über einen möglichen Aufenthalt im Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu halten. Deshalb bitten wir Sie, das folgende Formular sorgfältig auszufüllen und zu unterschreiben.

Ich,

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

entbinde folgende/n Arzt/Ärztin\*

Name: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

entbinde folgende/n Therapeuten/in\*

Name: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

entbinde folgende/n Facharzt/-ärztin\*

Name: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Krankenhaus für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Fachklinik Allgäu in Pfronten. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\*Bitte geben Sie an, welche im Kontaktformular angegebene Berufsgruppe von der Schweigepflicht entbunden wird. Um einen umfangreichen Eindruck Ihrer gesundheitlichen Situation zu erhalten, empfiehlt es sich alle angegebenen Parteien zu entbinden.

## Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO / §§ 16 ff. DSG-EKD / §§ 14 ff. KDG

### Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt:

### Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt, genutzt, übermittelt usw. Insgesamt spricht man von der „Verarbeitung“ Ihrer Daten. Dieser Begriff der „Verarbeitung“ bildet den Oberbegriff über alle diese Tätigkeiten. Die Verarbeitung von Patientendaten im Krankenhaus ist aus Datenschutzgründen nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Patient hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre patientenbezogene Versorgung/Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Ebenso erfolgen Verarbeitungen – im Sinne einer bestmöglichen Versorgung – im Hinblick auf interdisziplinäre Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung bzgl. Diagnostik, Therapie, Befunden sowie Krankheits-/Vitalstatus. Daneben werden Arztbriefe/Berichte geschrieben und es erfolgen Verarbeitungen aus Qualitätssicherungsgründen, zum Erkennen und Bekämpfen von Krankenhausinfektionen sowie zur seelsorgerischen und sozialen Betreuung und zum Entlassmanagement.

Neben diesen patientenbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, aus Gründen des Controllings/der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen usw. Ferner erfolgen Datenverarbeitungen zu Zwecken der Ausbildung, der Fort- und Weiterbildung von Ärzten und von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens, zur Forschung oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z.B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, an Krebsregister) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen usw.

### Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich – sofern möglich – bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Krankenhäusern, die etwa Ihre Erst-/Vor-Behandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog. MVZ) usw. Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unserem Krankenhaus im Sinne einer einheitlichen Dokumentation

mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

## Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an Ihrer Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten, wozu etwa auch Ärzte anderer Abteilungen zählen, die an einer fachübergreifenden Behandlung teilnehmen, oder die Verwaltung, die die Abrechnung Ihrer Behandlung vornimmt.

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht.

Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

## Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Krankenhausträger

Die Grundlage dafür, dass der Krankenhausträger Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass der Krankenhausträger für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. Auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die dem Krankenhausträger eine Verarbeitung der Daten erlauben.

Genannt sei hier insbesondere die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) / das Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) / das Gesetz über den kirchlichen Datenschutz (KDG), z.B. Art. 6, 9 DS-GVO / §§ 6, 13 DSG-EKD / § 6, 11 KDG, die/das ausdrücklich regelt, dass Daten von Patienten verarbeitet werden dürfen. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa in dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z.B. § 301 SGB V, in dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), insbesondere § 22 BDSG und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

- Datenverarbeitungen zum Zwecke der Durchführung sowie Dokumentation des Behandlungsgeschehens einschließlich des innerärztlichen und interprofessionellen Austauschs im Krankenhaus über den Patienten für die Behandlung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO / § 13 Abs. 2 Ziff. 8, Abs. 3 DSG-EKD / § 11 Abs. 2h, Abs. 3 KDG i.V.m. §§ 630a ff., 630f BGB i.V.m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an „Externe“ im Sinne einer gemeinsamen Behandlung (im Team), Zu-ziehung externer Konsiliarärzte, z.B. Labor, Telemedizin, sowie Zuziehung externer Therapeuten (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO / § 13 Abs. 2 Ziff. 8, Abs. 3 DSG-EKD / § 11 Abs. 2h, Abs. 3 KDG i.V.m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO / § 13 Abs. 2 Ziff. 8, Abs. 3 DSG-EKD / § 11 Abs. 2h, Abs. 3 KDG i.V.m. § 301 SGB V),
- Datenübermittlung zu Zwecken der Qualitätssicherung (Art. 9 Abs. 2i DS-GVO / § 13 Abs. 2 Ziff. 9 DSG-EKD / § 11 Abs. 2i KDG i.V.m. § 299 SGB V i.V.m. § 136 SGB V bzw. den Richtlinien des G-BA), usw.

Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

## Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien

Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Behandlung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalien. Davon ausgenommen sind ausschließlich die Fälle der vertraulichen Geburt.

## Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- gesetzliche Krankenkassen, sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen, sofern Sie privat versichert sind,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte,
- weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeeinrichtungen,
- externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter) sowie
- Seelsorger (in kirchlichen Einrichtungen) usw.

## Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

Sofern Daten übermittelt werden, hängt es im Einzelfall vom jeweiligen Empfänger ab, welche Daten dies sind. Bei einer Übermittlung entsprechend § 301 SGB V an Ihre Krankenkasse handelt es sich zum Beispiel um folgende Daten:

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, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
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.

## Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings

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.

## Widerruf erteilter Einwilligungen

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie dem Krankenhausträger gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie – schriftlich/per Mail/Fax – an den Krankenhausträger richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

## Wahrnehmung berechtigter Interessen des Krankenhausträgers

Sofern der Krankenhausträger zur Durchsetzung seiner Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihre Krankenkasse gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die vom Krankenhausträger gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss der Krankenhausträger (zu Zwecken der Rechtsverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

## Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Der Krankenhausträger ist gem. § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kann der Krankenhausträger in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nachkommen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung für lange Zeit vom Krankenhaus verwahrt. Auch dazu ist der Krankenhausträger gesetzlich verpflichtet.

Mit der Frage, wie lange die Dokumente im Einzelnen im Krankenhaus aufzubewahren sind, beschäftigen sich viele spezielle gesetzliche Regelungen. Zu nennen sind etwa hier das Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO), das Transfusionsgesetz (TFG) und viele mehr. Diese gesetzlichen Regelungen schreiben unterschiedliche Aufbewahrungsfristen vor.

Daneben ist zu beachten, dass Krankenhäuser Patientenakten auch aus Gründen der Beweissicherung bis zu 30 Jahre lang aufbewahren. Dies folgt daraus, dass Schadensersatzansprüche, die Patienten gegenüber dem Krankenhaus geltend machen, gemäß § 199 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) spätestens in 30 Jahren verjähren. Ein Haftungsprozess könnte also erst Jahrzehnte nach Beendigung der Behandlung gegen den Krankenhausträger anhängig gemacht werden. Würde das Krankenhaus mit der Schadensersatzforderung eines Patienten wegen eines behaupteten Behandlungsfehlers konfrontiert und wären die entsprechenden Krankenunterlagen inzwischen vernichtet, könnte dies zu erheblichen prozessualen Nachteilen für das Krankenhaus führen.

Aus diesem Grunde wird Ihre Patientenakte bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

## Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d.h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen. Sie ergeben sich aus der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) / dem Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) / dem Gesetz über den kirchlichen Datenschutz (KDG):

### Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO / § 19 DSG-EKD / § 17 KDG

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.

### Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO / § 20 DSG-EKD / § 18 KDG

Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.

### Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO / § 21 DSG-EKD / § 19 KDG

Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.

### Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO / § 22 DSG-EKD / § 20 KDG

Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO / § 25 DSG-EKD / § 23 KDG

Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen.

### **Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen**

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 EU Datenschutz-Grundverordnung / § 46 DSG-EKD / § 48 KDG. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen.

### **Datenschutzbeauftragter des Krankenhauses**

Der Krankenhausträger hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Seine Kontaktdaten lauten wie folgt:

Ioannis Dimas  
ETES GmbH  
[ioannis.dimas@etes.de](mailto:ioannis.dimas@etes.de)

**Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.**