



Patienteninformation

Ihr zuständiger Leistungsträger hat für Sie eine ambulante Rehabilitation genehmigt. Damit diese medizinische Rehabilitationsmaßnahme den erwünschten Erfolg erbringt, bitten wir Sie folgende Hinweise zu beachten:

1. Aufgrund des denkmalgeschützten Hauses und der Anforderungen an eine Rehaklinik sind wir ein **rauchfreies Haus**. Die Haus- und Brandschutzordnung hängt im Anmeldebereich und die Flure sind mit Flucht- und Rettungsplänen versehen. Zusätzlich bitten wir Sie, im gesamten Haus Ihr Handy auszuschalten.

2. Im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) ist eine wichtige Pflicht des Patienten geregelt:
§ 1 SGB V Solidarität und Eigenverantwortung

Satz 2: Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen

sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation

dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dies ist Ihre sogenannte „**Mitwirkungspflicht**“!

3. Die Gesamtbehandlungszeit umfasst **pro Tag 4 bis max. 6 Stunden**. Wir bemühen uns, die für Sie notwendigen Therapien täglich zu aktualisieren. So kann es sein, dass im Laufe der Rehabilitation neue Behandlungsformen dazu kommen und andere bisher täglich durchgeführte Therapieanwendungen abgesetzt werden. Über den Behandlungsablauf entscheiden die Ärzte in Absprache mit den behandelnden Therapeuten. Das ist unsere Art flexibel zu sein und damit auf Ihren Therapieerfolg einzuwirken.

4. Bei allen **Patientenseminaren und Vorträgen** können Sie gerne auch Ihren Partner bzw. Familienangehörige mitbringen, da Sie hierbei gesundheitsbewusstes Verhalten für den Alltag erlernen sollen und hierfür die Einbeziehung der Familie bzw. des Lebenspartners sinnvoll ist. Genauso ist es erwünscht, dass Sie zur Abschlussuntersuchung und Besprechung der Nachsorgeaktivitäten nach der Rehabilitation Ihren Lebenspartner mitbringen, damit er in die ärztlichen Empfehlungen einbezogen ist und Ihr soziales Umfeld Kenntnis darüber hat.

5. Bringen Sie bitte **Sportsachen (Hallenturnschuhe mit heller Schuhsohle), Badesachen, 1 Handtuch u. Duschsachen** für Ihre Behandlungen mit. Bevor Sie ins Wasserbecken gehen, bitten wir Sie, sich gründlich zu duschen. Das Barfußlaufen im Nassbereich ist untersagt. Bitte benutzen Sie Badelatschen. Da abschließbare Umkleideschränke zur Verfügung stehen, **übernehmen wir keine Haftung für den Verlust mitgebrachter Kleidung, Wertgegenstände oder von Geld**. Wir bitten Sie, den Umkleideschrank beim Verlassen der Einrichtung zu leeren u. den Schlüssel stecken zu lassen.

6. Im Laufe der Behandlungen werden Sie wöchentlich unseren **Rehaärzten** vorgestellt, die das durchgeführte Therapieprogramm aktualisieren und zum Ende der Reha für Ihren weiterbehandelnden Arzt einen Abschlussbericht erstellen. Dieser wird auch Ihrem jeweiligen Leistungsträger zugesandt.

7. Da wir bemüht sind, Ihren weiterbehandelnden Arzt über Ihren Therapieverlauf zu informieren, bitten wir Sie uns rechtzeitig die Adressen aller Ärzte (sowohl Haus- als auch Fachärzte bzw. bei stationärer Behandlung des Chefarztes des Krankenhauses) mitzuteilen.

8. Eventuelle Absagen oder **Terminänderungen** sind nur in zwingenden notwendigen Fällen möglich. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so muss die Einrichtung **mindestens 24 Stunden vorher** darüber informiert werden. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

9. Da wir nach den Qualitätsmaßgaben der BAR (BundesArbeitsgemeinschaft für Rehabilitation), sowie nach einem nachgewiesenen hohen Qualitätsstandard arbeiten, können Sie sich sicher sein, dass Sie so behandelt werden, wie es Ihr **individueller Zustand** erfordert. Aus diesem Grund ist es auch nicht sinnvoll, in den Therapieplan und die Therapieziele durch Sonderwünsche einzugreifen. Solche Wünsche müssen die Therapeuten ablehnen. Wenn Sie sich über- oder unterfordert fühlen, besprechen Sie dies bei Ihrem nächsten Termin mit dem Rehaarzt.
10. Sollten Sie **zweimal hintereinander unentschuldig fehlen**, werden alle Behandlungstermine gelöscht und Ihr Leistungsträger und Ihr weiterbehandelnder Arzt über den Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme informiert. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie gegebenenfalls die gesamten Behandlungskosten tragen müssen.
11. Bitte beachten Sie, dass zwischen den Behandlungen **Ruhepausen** zur Erholung durchgeführt werden müssen. Dazu stehen Ihnen 2 Ruhe- und Leseräume bzw. die Cafeteria sowie der Gartenbereich mit ausreichenden Sitzmöglichkeiten zur Verfügung.
12. Bei einer **Unterbrechung** der Reha-Behandlung, bitte wir ab dem 1. Tag um Vorlage einer Bescheinigung Ihres behandelnden Arztes bzw. eine Genehmigung Ihres zuständigen Leistungsträgers.
13. Bei erteilter Kostenzusage informiert uns Ihr Leistungsträger darüber, wie hoch die gesetzliche Zuzahlung bei Ihnen ist. Wir bitten Sie, diese **Zuzahlung bis zum 3. Behandlungstag an der Anmeldung zu bezahlen**. Selbstverständlich können Sie bei uns auch mit der **ec-Karte** bezahlen.
14. Während des Aufenthaltes in unserer Einrichtung besteht die Möglichkeit, in unserer Cafeteria einen kleinen Imbiss einzunehmen. Sie haben die Möglichkeit, Getränke und Snacks zu kaufen. **Das Mitbringen von Glasflaschen ist auf Grund möglicher Verletzungsgefahr nicht gestattet.** Für alle Patienten, die an der Imbiss- und Mittagessenversorgung teilnehmen, liegt der Speiseplan vor der Cafeteria aus.
15. Auf der Grundlage von § 301 Sozialgesetzbuch -Fünftes Buch- werden Ihre persönlichen Daten, sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert oder gelöscht und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Leistungsträger) übermittelt.
16. **Mittwochs von 12.30-14.00 Uhr** bilden wir uns für Sie weiter, so dass keine Behandlungen stattfinden. Sollten Sie am **Samstag Behandlung** haben, bitten wir Sie, am Tresen nach dem entsprechenden Behandlungsraum zu fragen, da alle physiotherapeutischen Behandlungen nur in der Ebene 1 links und Ebene 2 rechts stattfinden.
17. Da die Bereitstellung der auf Sie abgestimmten therapeutischen Kapazitäten unter Berücksichtigung vieler anderer Abläufe erfolgt, sind **Terminänderungen nur im Fall von medizinischer Notwendigkeit** möglich. Wir haben die von Ihnen persönlich/telefonisch angegebenen Termine berücksichtigt, bitte prüfen Sie diese! Weitere Einschränkungen bzw. Wünsche können leider nicht berücksichtigt werden.
18. Sollten Sie unter einer Sehschwäche leiden, vergessen Sie bitte Ihre **Lesebrille** nicht!!!

Diese vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie ausdrücklich an. Im Sinne einer schnellen Genesung hoffen wir auf gute Mitarbeit während Ihrer Rehabilitationsbehandlung.

Name des/der Patient/in: _____ Zuzahlung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____