

## Patienteninformation

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

1. 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**“!

Auf der Grundlage von § 301 im SGB V werden außerdem 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.

2. Da wir nach den Qualitätsmaßnahmen der BAR (BundesArbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) sowie nach einem nachgewiesenen hohen Qualitätsstandard arbeiten, versichern wir Ihnen, dass Ihre Behandlung so erfolgt, wie es Ihr **individueller Zustand** erfordert. Zu Beginn und im Laufe der Behandlungen werden Sie wöchentlich unseren **Rehaärzten** vorgestellt, die das durchgeführte Therapieprogramm aktualisieren. Wenn Sie sich aber über- oder unterfordert fühlen, besprechen Sie dies bei Ihrem nächsten Termin mit dem Rehaarzt oder nutzen Sie dafür die täglichen Arztgespräche. Zum Ende der Rehabilitation wird für Ihren weiterbehandelnden Arzt ein Abschlussbericht erstellt, der auch Ihrem jeweiligen Leistungsträger zugesandt wird.
3. Mit erteilter Kostenzusage informiert uns Ihr Leistungsträger über Ihre gesetzliche Zuzahlung. Ein Termin mit der Rehafachkraft im Laufe der Rehabilitation klärt, ob eine Zuzahlungspflicht vorliegt und wie hoch der Anteil dafür ist.
4. Wenn Sie eigenständig zur Behandlung kommen und Ihre Rehabilitation von der Krankenkasse oder dem Rentenversicherungsträger übernommen wird, erhalten Sie **Fahrtkosten zurück**. Gegen Ende der Rehabilitationsmaßnahme bekommen Sie weitere Informationen über die Erstattung der Fahrtkosten sowie die Möglichkeit der Teilnahme an **Nachsorgeprogrammen**.
5. Bei allen **Patientenseminaren und Vorträgen** können Sie gerne auch Ihren Partner bzw. Familienangehörige mitbringen, da Sie hierbei gesundheitsbewusstes Verhalten für den Alltag erlernen und die Einbeziehung der Familie bzw. des Lebenspartners wichtig und sinnvoll ist.

## Wichtige Informationen

1. Aufgrund des denkmalgeschützten Hauses und den damit verbundenen Anforderungen an eine Rehabilitationsklinik ist das **Rauchen** in unserer Einrichtung **nicht gestattet**. 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. Zur Behandlung bringen Sie bitte **Sportsachen (Hallenturnschuhe möglichst mit heller Schuhsohle, keine Straßenschuhe!!!), Bade- und Duschsachen sowie 1 Handtuch** mit.  
Bevor Sie ins Wasserbecken gehen, bitten wir Sie, sich gründlich zu duschen. Das Barfußlaufen im Nassbereich ist untersagt. Bitte benutzen Sie Badelatschen!
3. 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 **täglich** zu leeren und den Schlüssel stecken zu lassen. Sie haben die Möglichkeit, gegen Zahlung von 10€ Pfand ein Schließfach für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme zu nutzen. Fragen Sie dazu bitte an der Anmeldung nach.
4. **Terminänderungen** sind nur in zwingenden medizinisch notwendigen Fällen möglich. Wir haben vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme die von Ihnen persönlich oder telefonisch angegebenen Termine berücksichtigt und uns sehr viel Mühe dabei gegeben. Bitte prüfen Sie umgehend Ihre Terminplanung – weitere Einschränkungen bzw. Wünsche können leider nicht berücksichtigt werden.
5. Können Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen und müssen diesen absagen, informieren Sie unsere Einrichtung mindestens 24 Stunden vorher darüber. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen sonst privat in Rechnung stellen. Bei **Absagen und im Krankheitsfall** melden Sie sich bitte **sofort im Rehabüro** zu den Sprechzeiten **oder telefonisch unter 0355 48551 15**.
6. Sollten Sie **zwei Behandlungstage hintereinander unentschuldig fehlen**, werden alle Behandlungstermine gelöscht und Ihre Leistungsträger sowie Ihr weiterbehandelnder Arzt über den Abbruch der Rehabilitationsmaßnahme informiert. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie gegebenenfalls die gesamten Behandlungskosten tragen müssen.
7. Bitte beachten Sie, dass zwischen den Behandlungen **Ruhepausen** zur Erholung durchgeführt werden müssen. Dazu stehen Ihnen 2 Ruhe- und Leseräume, die Cafeteria sowie der Gartenbereich mit ausreichenden Sitzmöglichkeiten zur Verfügung.
8. Während des Aufenthaltes in unserer Einrichtung besteht die Möglichkeit, in unserer Cafeteria einen kleinen Imbiss einzunehmen. Sie können dort auch Getränke und Snacks 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.
9. **Mittwochs von 12.30-14.00 Uhr** bilden wir uns für Sie weiter, so dass keine Behandlungen stattfinden. Behandlungen am Samstag finden ausschließlich nur im Haus I, 1. OG rechts bzw. die Gruppen im Bewegungsbad oder Gymnastikraum 1 statt.
10. Auf der Grundlage von § 301 im SGB V 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.

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.

Datum: \_\_\_\_\_

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

(bei Patienten unter 18 Jahre Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Reha Vita GmbH, meiner Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Angaben über

- **Beginn und (voraussichtliches) Ende meiner Rehabilitation**
- **aktuelle Arbeitsunfähigkeit**

zu erteilen. Diese Einverständniserklärung gilt nur für den aktuellen Krankheitsfall.

Datum: \_\_\_\_\_

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

(bei Patienten unter 18 Jahre Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich)