

Fragebogen Rehabilitationszentrum grund.stein, RPK

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig in Druckschrift **oder am PC** aus.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben.

1) Angaben zur Person

Name			
Vorname/n			
Geburtsname		Geburtsort	
Geburtsdatum		Geschlecht	
Staatsangehörigkeit			
Religionszugehörigkeit*			
Familienstand*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> mit Partner/in <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		

2) Hauptwohnsitz

Anschrift			
Telefon			
E-Mail-Adresse			
Wohnsituation*	<input type="checkbox"/> bei den Eltern lebend <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> mit Partner/in <input type="checkbox"/> mit Kind/ern <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen (AWS)		

3) Wer hat Ihnen die Rehabilitationsmaßnahme empfohlen?

4) Aktuelle finanzielle Situation

Aktuelles Einkommen	bewilligt seit	bewilligt bis
<input type="checkbox"/> Krankengeld		
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I		
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe		
<input type="checkbox"/> Grundsicherung		
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente		
<input type="checkbox"/> Teil-Erwerbsminderungsrente		
<input type="checkbox"/> Kindergeld		
<input type="checkbox"/> Unterhalt		
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld		
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

5) Besteht zurzeit noch ein Arbeitsverhältnis

<input type="checkbox"/> Nein, aus folgenden Gründen:
<input type="checkbox"/> Ja
Anschrift des Arbeitgebers:
Derzeit bin ich krankgeschrieben seit:

6) Grad der Behinderung (GdB) ja _____ Grad nein

7) Gesetzliche Betreuung ja nein

Name			
Anschrift			
Telefonnummer		Mobil	
E-Mail			
Aufgabenkreis			
<input type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Gesundheit	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

8) Nächste Angehörige (Wer soll im Notfall kontaktiert werden?)

Name Ihrer Vertrauensperson			
Verhältnis zur Person			
Anschrift			
Telefonnummer		Mobil*	

Gibt es von Ihrer Seite aus wichtige Informationen zur Familie, die für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme relevant sind?

Fühlen Sie sich durch Ihr derzeitiges Umfeld gut unterstützt?
Bitte beschreiben Sie, was Ihnen bei der Krankheitsbewältigung hilft:

9) Krankenversicherung

Name der Krankenkasse	
Anschrift	

Krankenversichertennummer	
Name und Geburtsdatum des Versicherten	
Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	

10) Rentenversicherung

Rentenversicherungsträger	
Anschrift	
Sozialversicherungsnummer	

11) Agentur für Arbeit

Bezirk	
SachbearbeiterIn	
Anschrift	
Kundennummer	

12) Erkrankung und Behandlung

Ambulante psychiatrische Behandlung ja nein

Name			
Anschrift			
Telefonnummer*		Fax*	

Hausärztliche Behandlung ja nein

Name			
Anschrift			
Telefonnummer*		Fax*	

Psychotherapeutische Behandlung ja nein

Name			
Anschrift			
Telefonnummer*		Fax*	
Therapie von-bis:			

Der Beginn der Erkrankung war: im Jahr _____, im Alter von _____ Jahren

Stationäre bzw. ja nein

teilstationäre psychiatrische Behandlung ja nein

Von	bis	Name und Anschrift der Klinik

Rehabilitationsmaßnahme ja nein

von	bis	Name und Anschrift der Klinik	Kostenträger

Bitte beschreiben Sie aus Ihrer Sicht die Erkrankung, an der Sie leiden:

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? ja nein

Wirkstoff oder Name	Dosierung			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Wie erleben Sie die Wirkung der Medikamente?

Bestehen bei Ihnen auch körperliche Einschränkungen? nein ja

<input type="checkbox"/> Ansteckende Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Operationen	
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	

Wie oft konsumieren Sie?

Suchtmittel	Häufigkeit	Wann zuletzt
Alkohol		
Nikotin/Zigaretten		
Benzodiazepine		
Amphetamine		
Cannabis		
Nicht verordnete Medikamente? Welche?		
Sonstige Drogen? Welche?		

Können Sie während der Rehabilitation auf den Konsum von Drogen und Alkohol verzichten?

Ja Nein, weil: _____

Waren Sie in der Vergangenheit aufgrund einer Suchterkrankung in Behandlung?

Ja Nein

von	bis	Name und Anschrift	Kostenträger

13) Schulische Ausbildung

von	bis	Schule	Abschluss

14) Betriebliche Ausbildung

von	bis	Betrieb	Abschluss

Sonstige berufliche Maßnahmen

von	bis	Art der Maßnahme
		<input type="checkbox"/> Bundeswehr
		<input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst/Zivildienst
		<input type="checkbox"/> Bildungsmaßnahmen:

Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?

(Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse, Praktika)

von	bis	Art der Tätigkeit	Anschrift des Arbeitgebers

Aus welchen Gründen möchten Sie eine Rehabilitation im Rehabilitationszentrum grund.stein, RPK wahrnehmen? Was möchten Sie ändern? Was schränkt Sie ein?

Was möchten Sie mit der Rehabilitation erreichen? Bitte nennen Sie hier Ihre Ziele.

Welche Maßnahmen und Angebote innerhalb der Reha könnten für Sie hilfreich sein?

15) Kenntnisnahme und Einverständniserklärung

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass die zuständigen RPK-MitarbeiterInnen Vorbefunde und Berichte einholen und verwenden und mit den zuständigen Kostenträgern in Kontakt treten dürfen. Um die Erstellung und Fortführung eines Rehabilitationsplanes zu gewährleisten, bin ich damit einverstanden, den Fragebogen den MitarbeiterInnen des Rehabilitationszentrums, grund.stein, RPK zu überlassen.

Zur Abklärung der Kostenübernahme der Rehabilitationsmaßnahme willige ich ein, dass die eingereichten Arzt- und Befundberichte dem Medizinischen Dienst zur Kenntnis weitergegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass das fachärztliche Gutachten, welches im Rahmen des Indikationsvorgesprächs zur Aufnahme erstellt wird, dem Medizinischen Dienst sowie den in Frage kommenden Kostenträgern übersandt wird.

Mit der Aufnahme in das Rehabilitationszentrum grund.stein, RPK erkläre ich mich einverstanden, dass eine Informationsweitergabe zwischen allen am rehabilitativen Prozess beteiligten MitarbeiterInnen zu Zwecken meiner Rehabilitation erfolgen darf.

Haben Sie den Fragebogen eigenständig ausgefüllt?

ja nein, ich hatte Unterstützung durch: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben an:

Rehabilitationszentrum grund.stein, RPK
Landkutschersweg 13
72072 Tübingen



Erklärung zum Datenschutz



Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

der Schutz Ihrer Daten ist für uns wichtig. Mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie über den Datenschutz bei der eva Evangelische Gesellschaft e.V. (kurz: eva) informieren. Wir haben uns bemüht, diese Informationen für Sie übersichtlich und verständlich zusammenzufassen. Weitere Informationen über die erhobenen Daten und rechtliche Grundlagen im Detail können Sie jederzeit bei Ihrem zuständigen Ansprechpartner erhalten.

1. Zweck der Datenverarbeitung und rechtliche Grundlagen

Zur Durchführung unserer Angebote müssen wir personenbezogene Daten verarbeiten. Personenbezogene Daten sind beispielsweise Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, biografische Daten, Diagnosen und Hilfepläne. Es werden nur die Daten erhoben und verarbeitet, die für die Aufgabenerfüllung notwendig sind. Werden diese Daten nicht bereitgestellt, kann die Hilfe gar nicht oder nur unvollständig erbracht werden. Bei einem Wechsel innerhalb der eva-Gruppe stehen dem neuen Bereich die Stammdaten ebenfalls zur Verfügung.

Das Verarbeiten der Daten erfolgt auf der Grundlage der in §§ 6 und 13 des Datenschutzgesetzes der Evangelischen Kirche (DSG-EKD) genannten Voraussetzungen. Weitere Informationen zu den verarbeiteten Daten, dem jeweiligen Zweck und den Rechtsgrundlagen erhalten Sie auf Wunsch bei Ihrem Ansprechpartner.

Sämtliche Mitarbeitenden der eva werden bei Ihrer Einstellung über das Datengeheimnis aufgeklärt und nach § 26 DSG-EKD schriftlich auf die Verschwiegenheit verpflichtet.

2. Weiterleitung von Daten

Im Rahmen unserer Tätigkeit kann es notwendig sein, Ihre Daten an einen von uns beauftragten Dienstleister im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung (z.B. IT, Aktenvernichtung) oder an eine andere Stelle (z.B. Behörden, Banken, Versicherungen) weiterzuleiten. An welche Stelle wir welche Daten weiterleiten, hängt von der Art des Angebots ab. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrer Ansprechpartnerin / Ihrem Ansprechpartner der eva.

3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Hilfe erforderlich ist. Die Aufbewahrungsdauer richtet sich nach verschiedenen Rechtsgrundlagen, die unterschiedliche Aufbewahrungsfristen vorsehen. So sind unter anderem zur Beweissicherung in Haftungsfällen, zur Abrechnung und Sicherung unserer Ansprüche sowie aufgrund steuer- und handelsrechtlicher Vorgaben jeweils unterschiedliche Fristen maßgebend.



Erklärung zum Datenschutz



4. Ihre Rechte

Sie haben gemäß §§ 19ff. DSGVO das Recht auf Auskunft, das Recht auf Berichtigung unkorrekter Daten, das Recht auf Löschung, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, nutzen Sie bitte die unten angegebenen Kontaktdaten oder wenden Sie sich an Ihre Ansprechpartnerin / Ihren Ansprechpartner bei der eva.

Des Weiteren haben Sie das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einzulegen. Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir sind durch eine Rechtsvorschrift dazu verpflichtet.

Wenn Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in Ihren Rechten verletzt worden zu sein, können Sie sich mit einer Beschwerde an die Aufsichtsbehörde wenden (§ 46 DSGVO).

5. Verantwortliche Stelle für den Datenschutz

Verantwortlich für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist die eva Evangelische Gesellschaft e.V. Sie erreichen diese unter info@eva-stuttgart.de oder unter der Telefonnummer 0711 2054 0. Den Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@eva-stuttgart.de. Den für die Tübinger Gesellschaft für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation zuständigen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@tuegsr.de.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Erhebung, Verarbeitung und den Schutz personenbezogener Daten informiert wurden.

Sie wurden darauf hingewiesen, dass Sie jederzeit weitere Informationen über das Verarbeiten personenbezogener Daten bei der eva erhalten können. Hierfür genügt eine formlose Anfrage bei Ihrem Ansprechpartner.

Ort, Datum

Name *Teilnehmer(in)*

Bei Minderjährigen Unterschrift
der Personensorgeberechtigten

Unterschrift *Teilnehmer(in)*