

BEHANDLUNGSVORBEREITUNGSBOGEN

Dieser Bogen enthält Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation sowie zu Beschwerden und Problemen. Wir bitten Sie, jede Frage sorgfältig durchzulesen und – soweit möglich – zu beantworten. Diese Informationen helfen uns, Sie bestmöglich in unserem Haus zu betreuen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind für Außenstehende ohne Ihre Einwilligung nicht zugänglich.

Es ist wichtig, dass Sie den Fragebogen alleine ausfüllen, ohne andere Personen um Ihr Urteil oder Ihre Meinung zu bitten. Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. kreuzen Sie die jeweils auf Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an. **Auf der vorletzten Seite des Fragebogens finden Sie Platz für Anmerkungen oder Ergänzungen.**

Senden Sie bitte den Fragebogen ausgefüllt an folgende Anschrift zurück:

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel – Klinik Eggenburg

Grafenberger Str. 2

3730 Eggenburg

per Fax: 02984 20228-20469

per Mail: info.eggenburg@pszw.at

TEIL I: Angaben zu Ihrer Person

1.

Anrede: Herr Frau Andere Titel: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Soz.vers.-Nr.: _____ Krankenkasse: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ (Maximalgewicht bei Aufnahme 230 kg)

Straße/Haus-Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____



Muttersprache: _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Wohnsituation: allein lebend mit Partner*in mit Familie/Freunden

Anzahl und jeweiliges Alter der Kinder: _____

Religionsbekenntnis (optional): _____

2. Arbeitgeber*in: _____

Name und Adresse des*der Arbeitgeber*in: _____

Erlerner Beruf: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Krankenstand: Nein Ja wenn ja, seit: _____

Arbeitslos: Nein Ja wenn ja, seit: _____

Pensioniert: Nein Ja wenn ja, seit: _____

Pensionsantrag: Nein Ja wenn ja, gestellt am: _____

Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft? Nein Ja wenn ja, seit: _____

Sind Sie Mindestsicherungsbezieher*in oder erhalten Sie eine Ergänzung aus der Mindestsicherung?

Nein Ja wenn ja, seit: _____

Haben Sie eine*n Erwachsenenvertreter*in (Sachwalter*in)? Nein Ja

Wenn ja, welche*n und für welche Angelegenheiten?

3. Geben Sie bitte eine Notfallkontaktperson inklusive Telefonnummer an:

4. a) Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

b) Geben Sie bitte Ihre*n einweisende*n Ärzt*in an (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

c) Geben Sie bitte Ihre*n Hausärzt*in an (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

d) Geben Sie bitte Namen und vollständige Adresse Ihrer derzeitigen behandelnden Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen an:

Name	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Seit wann?

5. Allergien/Unverträglichkeiten:

Allergien: _____

Unverträglichkeiten: _____

a) Wurde bei Ihnen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit oder eine Nahrungsmittelallergie medizinisch festgestellt?

Nein Ja

Falls ja und damit wir auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingehen können, bitten wir Sie, einen anerkannten medizinischen Befund zur Aufnahme mitzubringen. Als medizinisch anerkannte Befunde gelten:

- Lactoseintoleranz: H2-Atemtest
- Fructosemalabsorption: H2-Atemtest
- Sorbitintoleranz: H2-Atemtest
- Histaminintoleranz: Histaminspiegel, DAO-Spiegel
- Zöliakie: Dünndarmbiopsie-Befund und zöliakie-spezifische Antikörper (Gesamt-IgA, tTG-IgA, EMA)
- Nahrungsmittelallergien: IgE, Haut-Test (z.B.: Prick-Test)

Eine medizinische Befundung stellt die Voraussetzung dar, eine individuell angepasste Speiseplan-Optimierung zu gewährleisten.

Wunschkostformen, alternative Ernährungstrends und vegane Verpflegungsformen werden in der Klinik nicht angeboten!

b) Leiden Sie an einer Erkrankung des Magen-Darm-Traktes (Gastritis, Reflux, Colitis,...)?

Nein Ja Falls ja, welche Diagnosen wurden gestellt?

c) Gibt es noch etwas, das Ihnen in Bezug auf Ihre Ernährungsgewohnheiten, wichtig erscheint?

TEIL II: Zu Ihrer Erkrankung

6. Leiden Sie an körperlichen/neurologischen/infektiösen Erkrankungen (Epilepsie, Parkinson, Diabetes, Asthma, Hepatitis, HIV, etc.)?

Nein Ja Falls ja, an welchen?

7. Liegen bei Ihnen körperliche Behinderungen oder Beeinträchtigungen vor?

Nein Ja, Falls ja, welche?

8. Welche Gehstrecke können Sie flott gehend bewältigen:

unter 1 Kilometer unter 3 Kilometer 5 Kilometer 10 Kilometer und mehr

9. Hatten Sie Operationen oder Unfälle?

Nein Ja Falls ja, welche?

10. Haben Sie medizinische Implantate?

Nein Ja Falls ja, welche?

11. An welchen Symptomen leiden Sie? Zählen Sie diese bitte nach der Bedeutung, die Sie für Ihre Erkrankung haben, auf.

12. Wir bitten Sie, das erstmalige Auftreten der Symptome und den Verlauf bis heute zu beschreiben:

a) Erstmaliges Auftreten (wann, wie, wie lange):

b) Verlauf bis heute (durchgehend, phasenweise):

13. Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer Probleme in stationärer Behandlung?

Nein Ja Falls ja, wo und wann waren Sie in Behandlung?

Wo?	Wann?
Wo?	Wann?
Wo?	Wann?
Wo?	Wann?

14. Sind Sie wegen Ihrer psychischen und/oder körperlichen Beschwerden von einem*einer Ärzt*in untersucht worden?

Nein Ja Falls ja, wann und welche Diagnosen wurden gestellt?

15. Liegt ein psychologischer Testbefund vor?

Nein Ja Falls ja, mit welchen Ergebnissen oder Diagnosen?

16. Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen. Geben Sie bitte in den dafür vorgesehenen Spalten den Namen der Medikamente, die Dosis (Menge) und den Zeitpunkt an, seitdem Sie die Medikamente einnehmen.

	Medikamente (Name)	Dosierung (Menge)	Seit wann?
a) Psychopharmaka:			
b) Schmerzmedikamente:			
c) andere Medikamente:			

TEIL III: Angaben zu verschiedenen Problembereichen

ZWANG

17. Haben Sie schon einmal wiederholt länger andauernde Ideen, Impulse, Vorstellungen und Gedanken gehabt, die Ihnen, zumindest anfänglich, lästig oder unsinnig erschienen sind, z.B. die Vorstellung, sich zu beschmutzen oder zu infizieren, der Gedanke, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun oder ein dauerndes Grübeln darüber, dass etwas Schlimmes passiert sein könnte?

Nein Ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Gedanken:

18. Haben Sie jemals den Drang verspürt irgendwelche Dinge immer wieder tun zu müssen, obwohl Sie dies selbst als übertrieben oder unvernünftig empfunden haben, wie beispielsweise mehrfach hintereinander die Hände zu waschen oder öfter hintereinander zu kontrollieren, ob Sie ein elektrisches Gerät ausgeschaltet haben, oder aber das Gefühl, nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen?

Nein Ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Gedanken bzw. Handlungen:

ANGST

Ein Panik- bzw. Angstanfall besteht aus plötzlich einsetzender intensiver Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Dabei treten häufig zur gleichen Zeit sehr unangenehme körperliche Symptome auf, z.B. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.

19. Haben Sie einmal einen solchen Anfall erlebt, ohne dass eine tatsächliche Gefahr für ihr Leben bestand?

Nein Ja

Wenn ja, wie häufig treten diese Angstanfälle auf? _____

20. Treten diese Angstattacken wie aus heiterem Himmel auf?

Nein Ja

21. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Brücken, Menschenmengen, enge Räume usw.), weil Sie fürchten, dass dabei ein solcher Angstanfall auftreten könnte?

Nein Ja

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten?

22. Haben Sie häufig Befürchtungen über zukünftiges Unglück?

Nein Ja

23. Fühlen Sie sich häufig nervös, angespannt, unruhig?

Nein Ja



BURN-OUT

24. Glauben Sie, an einem „Burn-out“ zu leiden?

Nein Ja, weil:

PSYCHOSE

25. Haben Sie schon einmal Stimmen gehört, andere Halluzinationen gehabt oder sich wiederholt beobachtet/verfolgt gefühlt?

Nein Ja, und zwar:

PSYCHOORGANISCHE STÖRUNG

26. Haben Sie jemals schwere Kopfverletzungen erlitten (z.B.: durch Unfall, auch mit Bewusstlosigkeit, Koma)?

Nein Ja

Wenn ja, welche Verletzungen waren das?

27. Hatten Sie schwere Erkrankungen des Gehirns (Tumor, Entzündungen, Infektionen, Schlaganfall, Blutung)?

Nein Ja

Wenn ja, welche Erkrankungen waren das?

28. Haben Sie diesbezüglich aktuelle Beschwerden?

Nein Ja



DEPRESSIONEN – (HYPO)-MANIE

29. Waren Sie jemals über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen nahezu jeden Tag niedergeschlagen oder bedrückt oder hatten kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen oder Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

Nein Ja

Wenn ja, kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der angeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> traurig, depressiv, freudlos | <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit oder Energieverlust | <input type="checkbox"/> Suizidgedanken |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein | <input type="checkbox"/> Suizidversuch |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust | |
| <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegung oder des Sprechens | |
| <input type="checkbox"/> Schuldgefühle | |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Rückzug | |
| <input type="checkbox"/> deutliche Gewichtszunahme oder deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät | |

30. Leiden Sie gegenwärtig noch unter dieser niedergeschlagenen oder bedrückenden Stimmung?

Nein Ja

31. Leiden Sie aktuell an Suizidgedanken?

Nein Ja

32. Waren Sie jemals über einen Zeitraum von mehreren Tagen deutlich überdurchschnittlich gut gestimmt, deutlich überdurchschnittlich aktiv, mit einem auffallenden Gefühl von Wohlbefinden, oder gesteigerter Leistungsfähigkeit?

Nein Ja

Wenn ja, kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der angeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesteigerte Aktivität | <input type="checkbox"/> gesteigertes Redebedürfnis |
| <input type="checkbox"/> angehobene Stimmung | <input type="checkbox"/> vermindertes Schlafbedürfnis |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit | <input type="checkbox"/> Selbstüberschätzung |
| <input type="checkbox"/> gesteigerte Geselligkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust |



SCHLAF

33. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

Nein Ja

Wenn ja, wie lange dauert es in der Regel nach dem zu Bett gehen, bis Sie eingeschlafen sind?

34. Haben Sie Probleme durchzuschlafen (unruhiger Schlaf, häufiges Aufwachen)?

Nein Ja

Wenn ja, wie viele Stunden schlafen Sie nachts insgesamt?

35. Passiert es Ihnen häufiger, dass Sie tagsüber plötzlich für kurze Zeit einschlafen?

Nein Ja

TRAUMA

36. a) Haben Sie in der Vergangenheit ein schwerwiegendes Erlebnis erlitten, welches Sie bis heute beschäftigt?

Nein Ja

Wenn ja, wählen Sie bitte den/die passenden Überbegriff(e) für dieses Erlebnis bzw. diese Erlebnisse aus:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sexueller Übergriff/sexualisierte Gewalt | <input type="checkbox"/> Kriegereignisse |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Gewalt | <input type="checkbox"/> Naturkatastrophe |
| <input type="checkbox"/> Bedrohung/Einschüchterung | |
| <input type="checkbox"/> Traumatisierung durch enge Bezugsperson(en) (z.B. Vernachlässigung, Entwertung) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Handelte es sich dabei um einmalige, fortgesetzte oder mehrmalige Ereignisse?

einmalig mehrmalig längerfristig anhaltend

In welchem Alter bzw. in welchem Zeitraum Ihres Lebens sind Ihnen die traumatischen Ereignisse widerfahren?

b) Haben Sie in diesem Zusammenhang unwillkürliches, wiederholt auftretendes Erleben oder Erinnern?

Nein Ja

Wenn ja, von welchem Ereignis treten die Erinnerungen auf?

In welcher Form tritt das Wiedererinnern auf?

- Flashbacks
 Alpträume
 Intensive, emotional gefärbte Erinnerungen

Andere: _____

Welche auslösenden Schlüsselreize oder Trigger sind Ihnen bekannt? Gibt es eine Form von Vermeidungsverhalten in Bezug auf diese oder auch generell?

PERSÖNLICHKEIT

37. Haben Sie häufig Ängste vor dem Verlassen werden von Menschen die Ihnen wichtig sind?
- Nein Ja
38. Sind Ihre Beziehungen durch Instabilität oder durch häufigen Wechsel gekennzeichnet?
- Nein Ja
39. Haben Sie Schwierigkeiten sich selbst (Persönlichkeit, Werte, ...) zu beschreiben?
- Nein Ja
40. Sind Sie ein impulsiver Mensch (rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle, Geldausgeben, Sexualität, Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen)?
- Nein Ja
41. Haben Sie sich schon wiederholt selbst verletzt?
- Nein Ja
42. Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?
- Nein Ja
43. Ist Ihre Stimmung wiederholt rasch wechselnd (Angst, Gereiztheit, Aggressivität, Traurigkeit, Euphorie)?
- Nein Ja
44. Haben Sie häufig Gefühle von Leere oder Langeweile?
- Nein Ja
45. Kommt es bei Ihnen häufig zu heftiger Wut und haben Sie Probleme diese zu kontrollieren?
- Nein Ja
46. Bringen Sie sich – absichtlich oder unabsichtlich – wiederholt in Lebensumstände die Ihnen definitiv schaden?
- Nein Ja

NIKOTIN / ALKOHOL / MEDIKAMENTE / DROGEN

47. Sind Sie Raucher?

Nein Ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

48. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?

49. Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

50. Gab es eine Zeit in ihrem Leben in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?

Nein Ja

Wenn ja, wie viel Alkohol haben sie damals getrunken?

Wann war das?

51. Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in ambulanter oder stationärer Behandlung wegen übermäßigem Alkoholkonsum (gemeint sind sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Behandlungen)?

Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte für alle diesbezüglichen Behandlungen in den dafür vorgesehenen Spalten an, wo und wann diese stattfinden und wie lange Sie anschließend abstinent geblieben sind.

Wo?	Wann?	Abstinenzdauer?

52. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Drogen (auch Cannabis) konsumiert?

Nein Ja Wenn ja, welche?

53. Haben Sie wegen Medikamenten-/Drogenproblemen schon einmal eine Therapie gemacht oder stehen Sie derzeit in einem Substitutionsprogramm?

Nein Ja Wenn ja, welche?

54. Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig abhängig machende Medikamente (z.B.: Psychopax, Valium, Praxiten, Xanor, Temesta, ...), unabhängig ob ärztlich verschrieben oder nicht, ein?

Nein Ja Wenn ja, welche?

Medikamente (Name)	Dosierung (Menge)	Seit wann?

55. Liegt ein Suchtverhalten (nicht substanzgebunden) vor?

Nein Ja Wenn ja, welche?

- Spiele, Wetten
- Internet
- Sex
- Sport, Bewegung
- Sonstiges:

56. Wie viele Stunden pro Tag sind Sie online oder benutzen Sie Ihr Handy?

ESSSTÖRUNGEN

57. Treffen auf Sie einer oder mehrere der unten angeführten Punkte zu?

Bitte ankreuzen.

- Ich beschäftige mich ständig – wenn auch nur gedanklich – mit dem Essen.
- Ich habe oft Essattacken (große Mengen in kurzer Zeit essen)
- Danach versuche ich zu erbrechen.
- Ich hungere oft/immer bewusst und/oder vermeide tunlichst dickmachende Nahrungsmittel.
- Ich habe immer das Gefühl, viel zu dick zu sein (obwohl das vielleicht meine Bekannten und Verwandten gar nicht so sehen).
- Ich habe furchtbar Angst, zuzunehmen, zu dick zu werden.
- Ich verwende häufig Abführmittel, Appetitzügler, Entwässerungsmittel.
- Ich treibe übertrieben Sport, um abzunehmen, bin prinzipiell sehr leistungsorientiert und hart zu mir selbst.
- Ich habe eine hormonelle Störung, Unregelmäßigkeiten in meinem Regelzyklus, etc.
- Nein – es trifft keiner dieser Punkte zu.



SCHMERZEN

58. Haben Sie Schmerzen, die Sie in Ihrem alltäglichen Leben stark beeinträchtigen?

Nein Ja

59. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

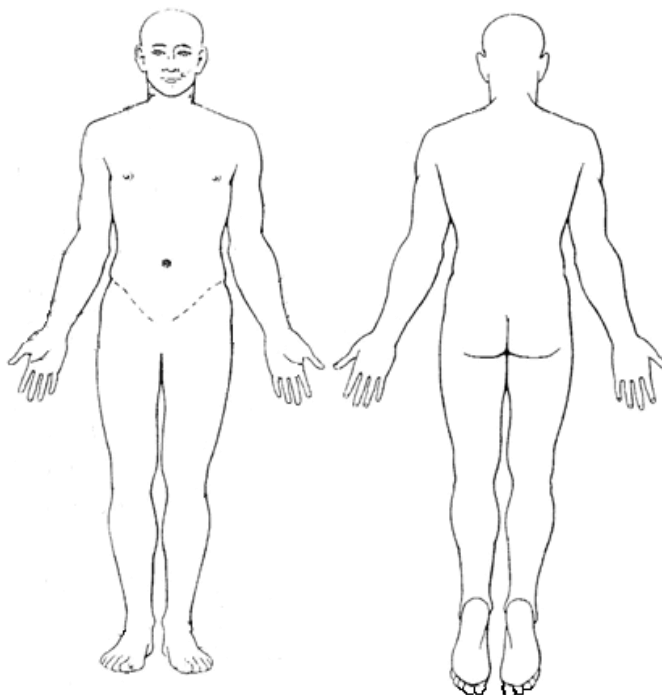
(Tage – Wochen / 1 – 6 Monate / 6 Monate – 2 Jahre / länger; oder bestimmtes Datum)

60. Wie lange dauern diese Schmerzen und wie häufig treten diese auf?

(Sekunden / Minuten / Stunden / Tage; meist nur 1 x täglich / mehrmals täglich / dauernd)

61. Wo treten diese Schmerzen am Körper auf?

(Bitte in der Körper-Skizze mit X einzeichnen, inklusive Schmerzausstrahlung)





62. Wie empfinden Sie diese Schmerzen?

(stechend / brennend / blitzartig / schneidend / dumpf / bohrend / ziehend / kribbeln / drückend
krampfartig; oder mit eigenen Worten)

63. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 1-2 Monaten?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-durchschnittlich:											
-maximal:											
-minimal:											

(Bitte markieren Sie die jeweilige Schmerzstärke auf der Skala von 0 = kein Schmerz bis 10 = maximal
vorstellbarer Schmerz mit einem X)

64. Wie stark beeinträchtigen oder behindern Sie diese Schmerzen?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-durchschnittlich:											
-maximal:											
-minimal:											

(Bitte markieren Sie die jeweilige Beeinträchtigung an der Skala von 0-10 mit einem X)

65. Wie hoch beurteilen Sie den Anteil der Schmerzen an Ihrem derzeitigen Leiden?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

Begründung oder Anmerkung:

66. Sind Sie wegen Ihrer Schmerzen bisher ärztlich untersucht oder behandelt worden?

Nein Ja

a) Welche*r Ärzt*in/Therapeut*in (Fachrichtung)?

b) Welche Diagnosen wurden gestellt?

c) Welche Therapien haben Sie bisher erhalten?



PERSÖNLICHE RESSOURCEN UND ZIELE

67. Was sind Ihre Stärken? Was macht Ihnen Freude? Worauf sind Sie stolz?

68. Was soll sich während Ihres Klinikaufenthaltes verändern?
Nennen Sie bitte 3 oder mehrere Therapieziele:

69. Ihre Einstellung zu Ihren Medikamenten:	Trifft voll zu	Trifft weitestgehend zu	Trifft kaum zu	Trifft nicht zu
Ich möchte meine Medikamente gerne reduzieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit meiner Medikation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte meine Medikamente gerne verändern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Gibt es noch etwas, was Ihnen noch wichtig erscheint und bisher nicht erwähnt wurde?



Platz für diverse Anmerkungen oder Ergänzungen:

TEIL IV: Datenschutzerklärung

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Ihre personenbezogenen Daten (das sind: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Familienstand, Notfallkontakt, Versicherungsnummer, Versicherungsträger*in, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Foto, Nationalität, ggf. KFZ-Kennzeichen, ggf. besondere Kostformen) sowie gesundheitsbezogene Daten betreffend die Aufnahme durch den*die Ärzt*in, die Pflege und die Therapeut*innen (z.B. Diätologie), die Diagnostik, medikamentöse Therapie, therapeutische Maßnahmen, (das sind u.a. Diagnosen, Befunde, zuweisende*r Ärzt*in, Allergien, Unverträglichkeiten, gesundheitlich notwendige Hilfsmittel z.B. Krücken, Medikation, Operationen, Vorerkrankungen, Pflegestufe, Aufenthaltsdatum, Begleitperson) im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt und Ihrer Behandlung in der Psychosomatisches Zentrum Eggenburg GmbH, am Standort der Klinik Eggenburg verarbeitet.

Die behandelnden Ärzt*innen der Psychosomatisches Zentrum Eggenburg GmbH sind während Ihres stationären Aufenthaltes in der Klinik Eggenburg berechtigt, Arztbriefe und medizinische Befunde über zurückliegende Krankenhausaufenthalte oder medizinische Untersuchungen einzuholen und die den Aufenthalt betreffenden medizinische Dokumentation und den Entlassungsbericht an den*die zuständige*n Kostenträger*in und den*die weiterbehandelnde*n Ärzt*in oder die weiterbehandelnde Einrichtung zu versenden und die entsprechenden Gesundheitsdaten zu verarbeiten, um den Behandlungsvertrag mit Ihnen erfüllen zu können.

Der*Die zuständige Kostenträger*in wird über den Behandlungsantritt mittels gesicherter elektronischer Datenübermittlung informiert. Auch der Zeitpunkt der Entlassung wird in elektronischer Form oder mittels Fax gemeldet.

Die Verarbeitung erfolgt zwecks Erfüllung des Behandlungsvertrages auf Basis von Art 6 (1) b) der EU Datenschutz-Grundverordnung ("DSGVO"). Die Verarbeitung dieser Daten ist für die Abwicklung und Verwaltung des Behandlungsverhältnisses erforderlich. Bei Nichtbereitstellung der Informationen können die Aufgaben aus dem Behandlungsvertrages nicht erfüllt werden und eine Aufnahme und Behandlung kann somit nicht erfolgen.

Im Rahmen Ihres Aufenthaltes und für eine bestmögliche Behandlung ist es in bestimmten Fällen erforderlich, personenbezogene Daten an externe Dienstleister*innen wie Labor, Apotheke etc. weiterzugeben oder zur Abstimmung mit Behörden, Kostenträger*innen oder anderen Institutionen auszutauschen. Darüber hinaus werden keine Daten an Dritte weitergegeben. Die Daten werden in unserer Einrichtung für die Dauer des Behandlungsverhältnisses gespeichert sowie darüber hinaus, solange gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen, Rechtsansprüche aus dem Behandlungsverhältnis geltend gemacht werden können oder sonstige berechtigte Gründe eine weitere Speicherung erforderlich machen und rechtfertigen.

Sie haben jeweils nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden Daten, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch gegen die Verarbeitung, auf Datenübertragbarkeit sowie Einbringung einer Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne unter der E-Mailadresse datenschutz@pszw.at an uns wenden.

Ich erkläre mich mit der oben angeführten Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Vor- und Nachname des*der Patient*in

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!