

Anmeldebogen MZEB am KEH

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus und schicken ihn per Post, E-Mail oder Fax **vor** Ihrem ersten Termin an uns zurück.

Checkliste (Haben Sie alle notwendigen Unterlagen zusammen? Bitte ankreuzen)

- ☐ vollständig ausgefüllter Anmeldebogen
- ☐ Bestätigungsschreiben zur gleichzeitigen Behandlung
- ☐ Vorbefunde aus den letzten fünf Jahren
- ☐ aktueller Medikamentenplan
- ☐ Kopie des Schwerbehindertenausweises
- ☐ Kopie des Ausweises der gesetzlichen Betreuung
- ☐ Überweisungsschein an das MZEB am KEH
- ☐ unterschriebene Datenschutzformulare
- ☐ Impfausweis (Bitte zu Ihrem ersten Termin mitbringen)

Datum: _____

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79
10365 Berlin



**Medizinisches Zentrum für
Erwachsene mit Behinderungen
MZEB am KEH**

Sophie Sommerick
Oberärztin BHZ
Ärztliche Leitung MZEB

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten MZEB
T: (030) 54 72 73 10
F: (030) 54 72 29 97 50
mzeb@keh-berlin.de

www.keh-berlin.de

Sind Sie momentan in einer der nachfolgenden Einrichtungen in Behandlung?

- ☐ PIA ☐ MZEB ☐ SPZ ☐ Nein, bin ich nicht

Adresse: _____

1. Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname: _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Geburtsdatum: _____

Wohnsituation: ☐ betreute vollstationäre Einrichtung ☐ Elternhaus
☐ eigene Wohnung (betreut/BEW) ☐ eigene Wohnung (nicht betreut)
☐ teilbetreute WG, betreuter Zeitraum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Name des Trägers der Wohneinrichtung / BEW: _____

Name Ihrer Krankenkasse: _____

2. Warum kommen Sie ins MZEB?

Tut Ihnen etwas weh? Beschreibung:

Bedrückt Sie etwas? Beschreibung:

Was ist Ihr wichtigstes Anliegen, warum Sie zu uns kommen möchten?

Beschreiben Sie Ihr gesundheitliches Problem und seit wann es besteht:

3. Ist für Sie eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

☐ Nein ☐ Ja, mit folgendem Aufgabenkreis:

☐ Vermögensangelegenheiten

☐ Aufenthaltsbestimmung

☐ Wohnungsangelegenheiten

☐ Gesundheitsfürsorge

☐ Post- und Fernmeldeangelegenheiten

☐ Vertretung ggü. Behörden,
Versicherungen und Sozialleistungsträgern

4. Wer hat Sie an uns überwiesen? (überweisende(r) Ärztin/Arzt)

Name, Vorname: _____ Fachrichtung: _____

Anschrift/Kontaktdaten: _____

5. a) Welche Diagnosen wurden bereits diagnostiziert?

Diagnosen:

☐ F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

☐ F70.1 Leichte Intelligenzminderung und deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert

☐ F71 Mittelgradige Intelligenzminderung ☐ F72 Schwere Intelligenzminderung ☐ F73 Schwerste Intelligenzminderung

☐ F78 Andere Intelligenzminderung

☐ F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

☐ F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen (z. B. Autismus)

☐ Q00-07 Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems

☐ Syndrom: _____

b) Welche Erkrankungen und Beeinträchtigungen bestehen zudem?

Erkrankungen/Beeinträchtigungen:

☐ Epilepsie ☐ Diabetes ☐ Bluthochdruck ☐ Atemwegserkrankungen

☐ Herz- oder Atmungsprobleme ☐ Hautschädigungen/Druckstellen

☐ Störung der geistigen Entwicklung ☐ Störung der motorischen Entwicklung

☐ Psychische, emotionale, psychosoziale Probleme/Verhaltensauffälligkeiten

☐ Beschwerden oder Fehlbildungen der Arme, Beine, Rücken

☐ Probleme bei der Verdauung, Blasen- oder Darmentleerung

☐ Sonstiges: _____

6. Zusätzlich Wichtiges

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

☐ Nein ☐ Ja, mit einem Grad der Behinderung (GdB) von _____ .

☐ Merkzeichen: ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ BI ☐ GI ☐ RF ☐ B ☐ TBI

Erhalten Sie Leistungen aus der Pflegekasse?

☐ Nein ☐ Ja, folgender Pflegegrad liegt vor: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Wann bekamen Sie Ihre letzte Tetanusimpfung? (Bitte schauen Sie in Ihrem Impfausweis nach)

Letzte Tetanusimpfung: _____
(Datum)

Beobachtungen zur körperlichen Gesundheit

- Abweichungen vom Regelzustand -

Die vorgegebenen Items umfassen eine Auswahl an Beschreibungen zur Vorstellung beim behandelnden Arzt.
Bitte beschreiben Sie Beobachtungen/Einschätzungen/Interpretationen oder ergänzen Sie handschriftlich.



Name:

Geburtsdatum:

Beobachtungszeitraum:

Hautbild

Veränderungen beobachtet seit wann? _____
Was genau?

Appetit ist
Gewicht aktuell _____Kg

weniger als üblich ☐ wie üblich ☐ mehr als üblich ☐

Wieviel Kg ab- oder zugenommen: _____ Seit wann: _____

Trinken
Aktuell _____Liter/Tag

weniger als üblich ☐ wie üblich ☐ mehr als üblich ☐

Seit wann? _____

Stuhlgang
Wie oft am Tag/ Woche?

Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Blut im Stuhl ☐ Teerstuhl ☐

Farbe: _____

Konsistenz: flüssig- weich- weiche Klümpchen- wurstartig- feste Kügelchen- fest-Kotstein

Wasser lassen

Neu aufgetretene Inkontinenz ☐
Häufigkeit öfter als üblich ☐ weniger als üblich ☐
Menge mehr als üblich ☐ weniger als üblich ☐
Veränderung seit wann? _____

Hinweis auf Schmerzen

Was beobachten Sie genau?

Gangbild

Wie immer ☐ Verändert ☐
Veränderungen beschreiben: _____

Sturzereignisse

Stürze beobachtet ☐ Bewusstlosigkeit ☐ seit wann? _____

Vermuteter Grund: _____

Schlafverhalten
Schlaf ca. _____Stunden

Schwierigkeiten beim einschlafen ☐ Schlaf unterbrochen ☐ Frühes aufwachen ☐

Sonstige Auffälligkeiten

Wichtige Information zur Behandlung in unserem MZEB

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

werden Sie zur Zeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SpZ) oder einem anderen Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) behandelt?

- ☐ Nein → Sie können einen Termin zum Erstgespräch mit uns vereinbaren.
- ☐ Ja → Bitte lesen Sie sich dieses Schreiben aufmerksam durch und holen die Bestätigungen ein.

Für die Behandlung in unserem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) klären Sie bitte folgenden Sachverhalt:

Die gesetzlichen Krankenkassen erlauben **keine zeitgleiche** Behandlung im MZEB **und** in einer PIA, einem anderen MZEB, oder einem SpZ. Das heißt, wenn Sie sich zurzeit in Behandlung in einer der genannten Institutionen befinden, klären Sie bitte vorab Folgendes mit Ihrem dort behandelnden Arzt bzw. Ihrer behandelnden Ärztin:

Patientendaten:

☐ Frau / ☐ Herr _____ geboren am: _____
befindet sich in ambulanter Behandlung bei:

Datum, Stempel Institution und Unterschrift behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- ☐ Die derzeitige Behandlung in der PIA, dem SpZ oder einem anderen MZEB soll für den Zeitraum der Behandlung im MZEB am KEH pausieren. Laufende Verordnungen und Rezepte können für diesen Zeitraum durch das MZEB am KEH übernommen werden.
- ☐ Die Behandlung, inklusive der psychiatrischen Behandlung, soll ab _____ (Quartal/Jahr) vollständig ins MZEB am KEH wechseln.
- ☐ Eine gleichzeitige Behandlung durch das MZEB am KEH und die jetzige PIA, jetziges SpZ oder anderes MZEB ist notwendig. Der derzeit behandelnde Arzt bzw. Ärztin beantragt vorab eine Kostübernahmeerklärung für eine Doppelbehandlung bei der zuständigen Krankenkasse. Die Bewilligung der Krankenkasse wird vor Beginn der Behandlung im MZEB am KEH dem MZEB vorgelegt.

Datum und Unterschrift Patient/Patientin; ggf. gesetzliche Betreuung

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Herzbergstraße 79
10365 Berlin



Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen MZEB am KEH

Sophie Sommerick
Oberärztin BHZ
Ärztliche Leitung MZEB

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten MZEB
T: (030) 54 72 73 10
F: (030) 54 72 29 97 50
mzeb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

DISABILITY ASSESSMENT SHEDULE

(Holmes, Shah, Wing 1982, modifiziert von Meins 6 Turnier, 1993, Auwetter, 1998)

Name: _____ geb. am: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

I. Kontinenz (beinhaltet auch Einnässen/ Einkoten bedingt durch Anfälle)

Frage: "Ist er/sie sauber und trocken? Wie oft nässt/kotet er/sie ein?"

Nächtliches Einnässen (1)_____

- 1 fünf bis siebenmal pro Woche
- 2 drei bis viermal pro Woche
- 3 zweimal pro Woche
- 4 einmal pro Woche oder seltener
- 5 niemals

Nächtliches Einkoten (2)_____

- 1 fünf bis siebenmal pro Woche
- 2 drei bis viermal pro Woche
- 3 zweimal pro Woche
- 4 einmal pro Woche oder seltener
- 5 niemals

Einnässen am Tag (3)_____

- 1 fünf bis siebenmal pro Woche
- 2 drei bis viermal pro Woche
- 3 zweimal pro Woche
- 4 einmal pro Woche oder seltener
- 5 niemals

Einkoten am Tag (4)_____

- 1 fünf bis siebenmal pro Woche
- 2 drei bis viermal pro Woche
- 3 zweimal pro Woche
- 4 einmal pro Woche oder seltener
- 5 niemals

Toilettenbenutzung (5)_____

- 1 muss täglich zur Toilette gebracht werden
(auch wenn verbale Ermahnung ausreicht, bewerten Sie mit 1)
- 2 fragt von sich aus danach, ob er/sie die Toilette aufsuchen soll
- 3 geht von sich aus

II. Selbsthilfefertigkeiten

Frage: "Ist er/sie fähig, sich selbst zu waschen, anzukleiden, zu essen?"

Essen (6)_____

- 1 muss gefüttert werden
- 2 braucht Hilfe
- 3 ohne Hilfe (bewerten Sie nur dann mit 3, wenn er/sie ohne unnötige Beschmutzung, im üblichen Zeitraum und unbeaufsichtigt isst und das Essen nicht besonders zubereitet werden muss, nachdem es die Küche verlassen hat)

Waschen (7)_____

- 1 nicht alleine möglich
- 2 braucht Hilfe
- 3 ohne Hilfe (bewerten Sie mit 3, wenn ein Mann sich selbst waschen kann, aber rasiert werden muss)

Ankleiden (8)_____

- 1 nicht alleine möglich
- 2 mit Hilfe
- 3 ohne Hilfe, aber er/sie kann Schuhe nicht binden
- 4 ohne Hilfe

III. Kommunikation

Art und Weise der Kommunikation (9)_____

Frage: "Kann er/sie sprechen oder Gesten machen? Wie teilt er/sie mit, was er/sie möchte?"

- 1 spricht wenig, überhaupt nicht oder nur bedeutungslose Echolalien
- 2 einige bestimmte Laute oder Gesten, z.B. an der Hand ziehen oder auf etwas zeigen
- 3 hauptsächlich Gesten und mimische Zeichen
- 4 Mischung aus Sprache und Gesten
- 5 kann sich durch ausschließlichen Gebrauch von Sprache verständlich machen

Kommunikationsverständnis (für Sprache, Gesten, Zeichen usw.)**(10)**_____

Frage: "Ist er/sie fähig, Anweisungen zu verstehen?"

Versteht er/sie, wenn er/sie zu Dingen befragt wird, die er/sie getan hat?"

- 1 wenig oder gar nicht
- 2 versteht einfache Anordnungen (z.B. "Komm her", "Setz Dich")
- 3 versteht die für alltägliche Abläufe nötigen Instruktionen
- 4 versteht Bemerkungen, Fragen und Instruktionen bezüglich persönlicher Bedürfnisse und Erfahrungen (z.B. "Hat Dir der Ausflug gefallen?")
- 5 versteht Informationen, die außerhalb seiner/ihrer unmittelbaren Erfahrung liegen (z.B. Hauptpunkte der Nachrichten)

Kommunikationsgebrauch (Sprache, Gesten, Zeichen usw.)**(11)**_____

Frage: "Kann er/sie um Dinge bitten, die er/sie möchte?"

Kann er/sie über Dinge sprechen, die er/sie getan hat?"

- 1 wenig, gar nicht oder bedeutungslose Echolalien
- 2 benutzt einige Wörter und Zeichen (z.B. "Hallo", "Auf Wiedersehen", "Trinken")
- 3 benutzt Worte oder Zeichen für praktische Bedürfnisse
- 4 benutzt Worte und Zeichen, um über seine/ihre persönlichen Erfahrungen zu berichten (z.B. erzählt er/sie habe neue Kleidung, sei spazieren gewesen, jemand habe etwas falsch gemacht)
- 5 kann sich über Dinge unterhalten (verbal oder mit Zeichen), die außerhalb seiner/ihrer unmittelbaren persönlichen Erfahrung liegen (z.B. über die Familie eines Bekannten)

Aussprache (bewerten Sie keine bedeutungslosen Echolalien)**(12)**_____

Frage: "Wie deutlich spricht er/sie? Wie gut ist er/sie zu verstehen?"

- 0 nicht genug spontanes Sprechen, um es bewerten zu können oder ausschließlich bedeutungslose Echolalien
- 1 schwer zu verstehen, sogar für Bezugspersonen
- 2 einfach zu verstehen für Bezugspersonen, schwer für andere
- 3 deutlich genug, um von jedem verstanden zu werden

IV. Fertigkeiten**Lesen****(13)**_____

Frage: "Kann er/sie einige Wörter lesen?"

- 1 versteht keine geschriebenen Wörter
- 2 kann den eigenen Namen erkennen
- 3 kann Wörter Bildern zuordnen
- 4 kann bis zu zehn gebräuchliche Wörter erkennen
- 5 kann einfache Lesebücher (z.B. Fibel) lesen und verstehen
- 6 kann Bücher für Kinder ab sieben Jahre lesen und verstehen
- 7 liest aus eigenem Antrieb

Schreiben**(14)**_____

Frage: "Kann er/sie einige Buchstaben oder Wörter schreiben?"

- 1 nichts dergleichen
- 2 schreibt einige Buchstaben mit Vorlage (bewerten sie mit 1, wenn nur der eigene Name geschrieben werden kann)
- 3 schreibt einige Wörter mit Vorlage
- 4 schreibt einige Buchstaben ohne Vorlage
- 5 schreibt einfache Wörter ohne Vorlage
- 6 schreibt zwölf oder mehr Wörter ohne Vorlage
- 7 schreibt einen kurzen Brief aus eigenem Antrieb

Zählen und Geld**(15)**_____

Frage: "Kann er/sie zählen? Kann er/sie mit Geld umgehen?"

- 1 überhaupt nicht
- 2 kann zumindest vier Teelöffel, drei Tücher, fünf Teller usw. heraussuchen
- 3 kann mit Geld einkaufen geschickt werden. Macht von sich aus kleine Einkäufe. Falls alt genug: verwaltet selbst sein/ihr Taschengeld oder Einkommen

Fähigkeiten im Haushalt**(16)**_____

Frage: "Hilft er/sie beim Säubern, Aufräumen, Abwaschen usw.?"

- 1 überhaupt nicht
- 2 manchmal unter Anleitung
- 3 hilft gut mit und benötigt wenig oder keine Anleitung

Auswertung:**Gesamt**

F70: leichte Intelligenzminderung (63 – 71)
F71: mittelgradige Intelligenzminderung (49-62)
F72: schwere Intelligenzminderung (31-48)
F73: schwerste Intelligenzminderung (15 – 30)

O
O
O
O

Information zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

Vorab möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir als kirchliche Stelle den Bestimmungen des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) unterliegen. Dieses Kirchengesetz ist stark an den Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSG-VO) angelehnt. Daher finden Sie in unseren Formularen und Hinweisen als Rechtsgrundlage die Paragraphen des DSG-EKD und nicht die Artikel der Datenschutz-Grundverordnung.

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unserer Ambulanz 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. Diesen Informationen können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen und das komplementäre System sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79
10365 Berlin



**Medizinisches Zentrum für
Erwachsene mit Behinderungen
MZE am KEH**

Sophie Sommerick
Oberärztin BHZ
Ärztliche Leitung MZE

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten MZE
T: (030) 54 72 73 10
F: (030) 54 72 29 97 50
mzeb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. Ihre Rechte

Sie haben nach § 19 DSGVO das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie nach § 20 DSGVO Berichtigung verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 21 DSGVO das Recht auf Löschung von Daten zu. Paragraph 22 DSGVO gewährt Ihnen das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um Ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

5. Widerruf erteilter Einwilligung

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie gegenüber der Ambulanz erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie schriftlich über den Postweg, per E-Mail oder Fax an die Ambulanz richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Ambulanz zugeht. Er hat keine Rückwirkung, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer Daten bis dahin rechtmäßig bleibt.

6. Beschwerdemöglichkeit / Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Beschwerde richten Sie bitte an:

Beauftragten für den Datenschutz in der Evangelischen Kirche in Deutschland, Außenstelle
Dortmund

Friedhof 4, 44135 Dortmund

E-Mail: mitte-west@datenschutz.ekd.de

Tel.: 0231/53 38 27 - 0

Die Ambulanz hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

c/o Stabsstelle Recht/Compliance/Datenschutz

Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

E-Mail: datenschutz@keh-berlin.de

Tel. 030/54 72 22 40; Fax: 030/ 54 72 29 09

7. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

MZEB am KEH

Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

Tel.: 030/54 72-73 10; Fax: 030/54 72-29 97 50

Einwilligungserklärung

Patient*in

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Ich entbinde die behandelnden Ärzte des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Neurologe: _____ Adresse: _____

Hausarzt: _____ Adresse: _____

Andere: _____ Adresse: _____

Häufig werden die von uns behandelten Menschen zu den Visiten und Therapien in unserem Hause von Betreuungspersonen aus dem komplementären System begleitet. Diese Betreuungspersonen sind befugt uns Informationen zur aktuellen Situation der/des Patient/in zu erteilen. Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des MZEB diesen Begleitpersonen Therapieinhalte, Untersuchungsergebnisse und Diagnosen sowohl mündlich als auch schriftlich mitteilen, die im Rahmen der Behandlung festgestellt werden, soweit dies für die Betreuung der/des Pat. in der jeweiligen Einrichtung erforderlich ist.

Im Rahmen der Behandlung können Kontakte als Videosprechstunde mit einem zertifizierten Videodienst durchgeführt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung erhobene Daten für wissenschaftliche Untersuchungen in anonymisierter Form genutzt werden dürfen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit, auch in Teilen, ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Herzbergstraße 79
10365 Berlin



Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen MZEB am KEH

Sophie Sommerick
Oberärztin BHZ
Ärztliche Leitung MZEB

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten MZEB
T: (030) 54 72 73 10
F: (030) 54 72 29 97 50
mzeb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

Information und Zustimmung zur Kontaktaufnahme

Patient*in

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

Es besteht die Möglichkeit, mit unserem MZEB per Telefon/Fax oder E-Mail zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt.

Sensible persönliche Daten werden nicht per Mail versendet.

Das Team des MZEB am KEH nutzt zu Kontaktaufnahme die auf den Anmelde-Bögen angegebenen Kommunikationswege (Telefon/ SMS/ Fax/ E-Mail/ Postanschrift).

Sie sind mit der Nutzung der dort angegebenen Kommunikationswege einverstanden.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben zum Datenschutz.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Herzbergstraße 79
10365 Berlin



Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen MZEB am KEH

Sophie Sommerick
Oberärztin BHZ
Ärztliche Leitung MZEB

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten MZEB
T: (030) 54 72 73 10
F: (030) 54 72 29 97 50
mzeb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung

Einwilligungserklärung Video-, Bild- und Tonaufnahmen

Patient*in

Name, Vorname: _____

Geboren am: _____

- Ich bin darüber informiert worden und bin damit einverstanden, dass Teile meiner Behandlung/ Therapie in Form von Ton- und Bildaufnahmen zu diagnostischen Zwecken im Rahmen der ambulanten Behandlung aufgezeichnet und gespeichert werden.
- Die Aufnahmen werden nur Personen gezeigt, die der Schweigepflicht unterliegen, in meine Behandlung/ Therapie einbezogen sind und keine vertraulichen Informationen weitergeben.
- Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufzeichnung und Speicherung dieser Daten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Allerdings gehen dabei auch ggf. die mit der Aufzeichnung von Bild und Tonaufnahmen verbundenen Vorteile bei meiner Behandlung verloren.

Zugriff zum Video haben:

Die unmittelbar behandelnden Ärzte/Therapeuten/Psychologen sowie PD Dr. med. Tanja Sappok (Ärztliche Leitung der Abteilung). Lediglich administratives Zugangsrecht haben die zuständigen Sekretariate und der zuständige Administrator der IT-Abteilung.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79
10365 Berlin



**Medizinisches Zentrum für
Erwachsene mit Behinderungen
MZE am KEH**

Sophie Sommerick
Oberärztin BHZ
Ärztliche Leitung MZE

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontakt Daten MZE
T: (030) 54 72 73 10
F: (030) 54 72 29 97 50
mzeb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung

Zusatz zu Demonstrationszwecken

Ich gebe mein Einverständnis, dass im Rahmen der Behandlung erstellte Video-, Bild-, und Tonaufnahmen, auf denen ich persönlich zu sehen und/oder zu hören bin, zu Demonstrationszwecken ohne weitere Angaben zu meiner Identität in folgenden Veranstaltungsformaten abgespielt werden:

- ☐ anonymisierte Auswertung der Befunde zu Forschungszwecken
- ☐ Verwendung zu Lehr- und Ausbildungszwecken innerhalb des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH)
- ☐ Verwendung zur Demonstration von Ausschnitten des Videos bei externen Fachvorträgen, Kongressen oder Weiterbildungsveranstaltungen

Die Einverständniserklärung für die Video-, Bild-, und Tonaufnahme ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen. Im Falle einer Ablehnung oder eines Rücktritts entstehen für mich keinerlei Kosten oder anderweitige Nachteile.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung. Ich habe alles gelesen und verstanden und erkläre mich hiermit bereit, dass eine Video-, Bild-, und Tonaufnahmen von mir gemacht wird.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

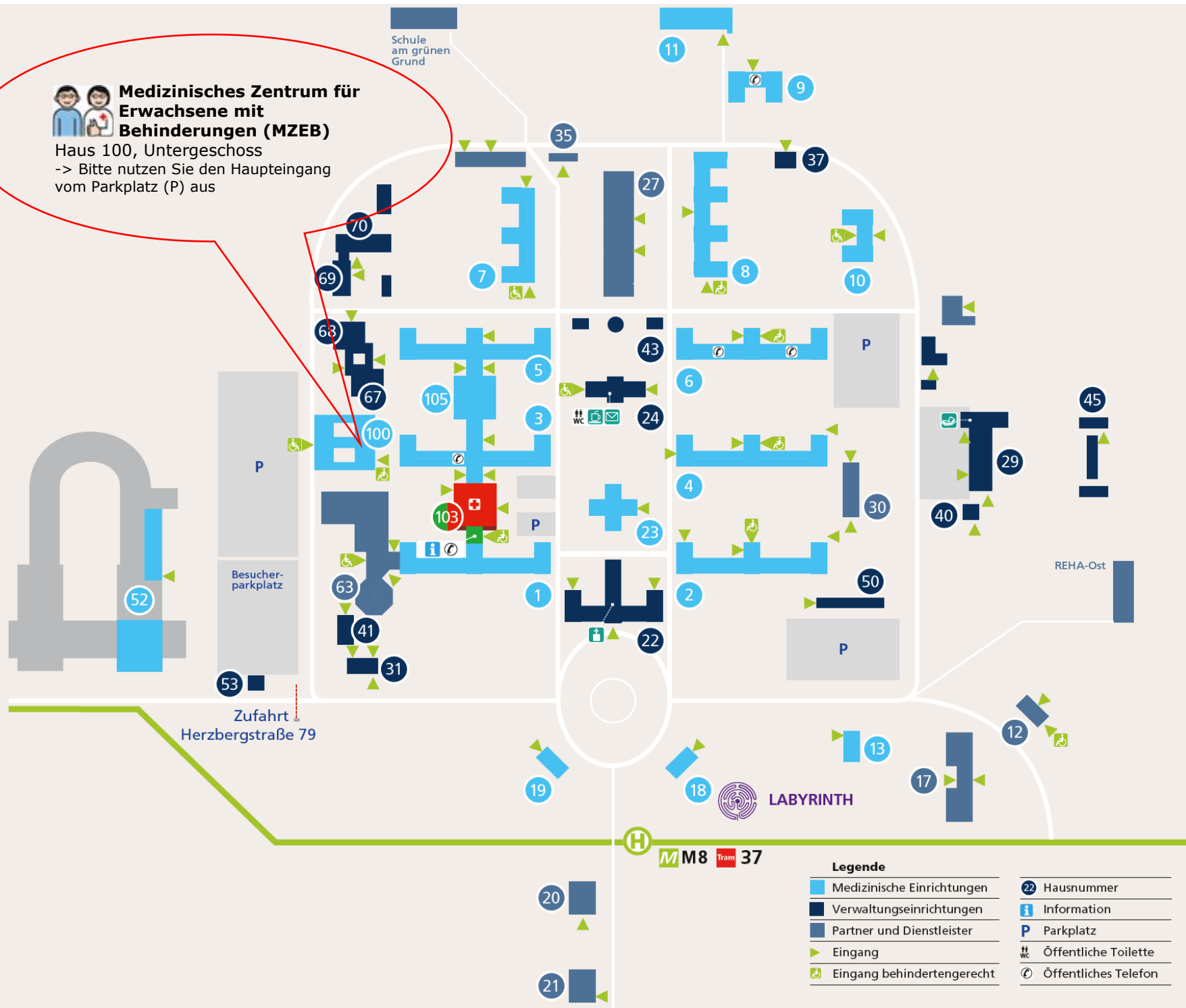
ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretung



Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB)

Haus 100, Untergeschoss

-> Bitte nutzen Sie den Haupteingang vom Parkplatz (P) aus



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Überweisungsschein

☐

Kurativ

☐

Präventiv

☐

Behandl. gemäß
§ 116b SGB V

☐

bei belegärztl.
Behandlung

☐☐☐

06
Quartal

☐

Unfall
Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen
nach Abschnitt 31.2

☐☐☐☐☐☐☐☐

Geschlecht

Überweisung
an

MZEB

☐

Ausführung von
Auftragsleistungen

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

AU bis

☐

eingeschränkter Leistungsansp.
gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes