

Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D001	6.1.1. Aufnahmeplanung Erklärung und Verpflichtung zur Aufnahme	
--	---	---

Haus Weitenau
 Fachklinik für suchtkranke
 Jugendliche
 Tel: 07627 / 7085-0
 Fax: 07627 / 7085-130
 E-Mail: weitenau@bw-lv.de

Ich versichere ausdrücklich, dass ich mich freiwillig und aus eigenem Entschluss um eine Aufnahme in Haus Weitenau beworben habe.

Ich bin über das therapeutische Programm informiert und erkläre mich damit einverstanden.

Ich akzeptiere, dass die Einnahme, der Besitz und der Handel von Drogen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, verboten sind und eine Strafverfolgung durch Anzeige nach sich ziehen können. Ebenso nehme ich zur Kenntnis, dass Alkohol, Cannabis und nicht verordnete Medikamente innerhalb und außerhalb der Einrichtung nicht eingenommen werden dürfen.

Ich vermeide körperliche Gewaltanwendung und Gewaltandrohung und verpflichte mich zu respektvollen und partnerschaftlichen Konfliktlösungen.

Ich bin mit Körpervisitationen sowie mit Zimmer- und Urinkontrollen einverstanden.

Ich werde mich ab dem Tag der Aufnahme bemühen, sowohl in Einstellungen, als auch im Verhalten, die Gewohnheiten aus meiner Drogenvergangenheit abzulegen.

Ich werde nach Kräften versuchen, anderen Mitrehabilitanden bei ihren Abstinenzbemühungen zu helfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Therapieabbruch keine Haftung für zurückgelassenes Eigentum übernommen wird.

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Hausordnung und Regeln akzeptiere.

Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift

<p>Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D002</p>	<p>6.1.1. Aufnahmeplanung Therapievertrag</p>	
--	--	---

Therapievertrag und Vereinbarungen über das Zusammenleben

- Ihre persönliche Betreuung erfolgt hauptverantwortlich durch MitarbeiterInnen aus den Bereichen Psychotherapie, Medizin und arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation. Weiterhin erhalten Sie Sport- und Kreativtherapie, bei Bedarf Paartherapie, Schule oder Sonderförderung in Form von Sprach- oder PC-Kursen etc.
- In allen diesen Bereichen haben persönliche Fragen Platz, die Ihre körperliche und seelische Gesundheit betreffen, weiterhin z. B. Themen wie Inhalte und Verlauf der Therapie, Abstinenz, Beziehungen, Berufswahl, Kontakt zu Angehörigen, Arbeitgebern, Zukunftsplanung etc..
- In der Gruppentherapie teilen sie mit anderen Ihre Erlebnisse und Ihre Vorstellungen und erarbeiten neue Lösungen. Hier können Sie auch Kritik äußern und sich mit dem Zusammenleben in der Gruppe beschäftigen. Auf diese Weise ist Änderung und Weiterentwicklung möglich.
- Bei persönlichen Differenzen wenden Sie sich an die gewählten Rehabilitandenvertreter:innen in Ihrer Gruppe. Diese kümmern sich um Ihre Anliegen in der Hausgruppe und gegenüber der Mitarbeiterschaft.
- Mit den Fragen des Therapieverlaufs befassen sich neben den BezugstherapeutInnen auch Ihre Bezugsgruppe und die arbeitstherapeutischen Mitarbeiter:innen. Diese begleiten Sie bei Ihren einzelnen Entwicklungsschritten (Ausgang, Praktikum, Überleitung in die Adaption, Entlassung etc.).
- Wir erwarten von Ihnen, dass Sie an sich arbeiten und Hilfe annehmen, wenn Sie selbst nicht weiterkommen. Dies wird erleichtert, wenn Sie auf Andere zugehen und Ihre Probleme mit diesen teilen.

Verpflichtende Regelungen

Suchtmittelfreies Leben:

Sie verzichten auf die Einnahme von Suchtmitteln. Sie vermeiden Gespräche, die Drogenverlangen bei sich und anderen auslösen können.

Sie legen es offen, falls Rauschmittelkonsum Anderer bekannt wird. Evtl. eigenes Drogenverlangen besprechen Sie in der Einzel- und Gruppentherapie.

Gewaltlose Konfliktlösung:

Sie wenden keine Gewalt an und nehmen von verbaler Bedrohung Abstand. Im Zusammenleben auf begrenztem Raum entstehen häufiger als gewöhnlich Spannungen. Sie können zusammen mit uns Konflikte offen bearbeiten und angemessene Lösungen finden.

Verzicht auf strafbare Handlungen:

Sie verpflichten sich zum Verzicht auf kriminelles Verhalten wie z. B. Diebstahl, Drogenbesitz, Sachbeschädigung etc. Einige bringen aus ihrer Drogenvergangenheit solche Verhaltensweisen mit. Wir wollen sie in der Therapie dabei unterstützen, eine Veränderung herbeizuführen.

Umgang mit Medikamenten:

Es dürfen nur von Ärzten verordnete Medikamente eingenommen werden. Medikamente aus Vorbehandlungen bitten wir gleich bei der Aufnahme vorzulegen.

Rauchen und Umgang mit Genussmitteln:

Alle Gebäude der Fachklinik sind rauchfrei. Das Rauchen ist nur an den ausgewiesenen Raucherplätzen erlaubt. Wir unterstützen Sie, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören wollen.

<p>Fachklinik Haus Weitenau</p>	<p>6.1.1. Aufnahmeplanung Therapievertrag</p>	
--	--	---

Kontrollen:

Auch zu Ihrer Sicherheit müssen sich alle Rehabilitand:innen bei der Aufnahme einer Alkohol- und Urinkontrolle sowie einer Kleider- und Gepäckkontrolle unterziehen. Im Laufe des Aufenthaltes finden unregelmäßig Urinkontrollen und Alkoholtests sowie Kontrollen der Zimmer, der Einkäufe, Postsendungen und Telefonate statt. Der Empfang von Paketen muss vorher vom verantwortlichen Therapeuten genehmigt werden. Brief- und Telefonkontakte zu alten Bekannten aus der Drogenzeit müssen unterbleiben.

Ausgänge, Besuche:

In den zwei Wochen sind Ihre Kontakte nach draußen eingeschränkt, damit Sie hier in Ruhe ankommen und zu sich finden können. Ihre Familien, Partner, Geschwister und sonstige nahe Angehörige können von Beginn in ihre Behandlung einbezogen werden. Briefkontakt mit diesen ist jederzeit möglich. Im Bedarfsfall auch therapeutisch begleitete Telefonate. Die ersten Besuche sind nach zwei wöchigen Aufenthalt in Rücksprache mit den behandelnden Bezugstherapeut:innen möglich. Ausgänge finden in der achten Behandlungswoche statt. Heimfahrten sind frühestens nach zwanzig Wochen möglich.

Geld, Wertsachen etc. :

Zur Verwahrung Ihrer Wertsachen steht Ihnen ein Safe in Ihrem Zimmer zur Verfügung. Bedenken Sie bitte, dass dieser Safe nur Wertsachen kleiner 30 cm auf 30 cm verwahren kann. Zusätzlich ermöglichen wir Ihnen 1 X die Woche einen Kioskeinkauf. Der Zugang zu eigenen Konten ist in der ersten Therapiephase nur in Begleitung möglich. Alle Geldsendungen können ausschließlich auf Ihr Konto gesandt werden.

Zimmergestaltung:

Sie sind für die Sauberkeit und Instandhaltung Ihres Zimmers mitverantwortlich. Wir bitten Sie, Mängel und Schäden sofort den Mitarbeitern zu melden. Das Mitbringen von elektrischen Geräten ist untersagt. Kerzen, offenes Feuer, Bügeleisen oder Tauchsieder etc. sind aus feuerpolizeilichen Gründen auf den Zimmern verboten. Aus hygienischen Gründen dürfen Lebensmittel, Geschirr u. ä. nicht mit auf die Zimmer genommen werden. Außerdem fordern wir Sie auf, umweltgerecht zu handeln und mit Wasser, Strom und Heizung sparsam umzugehen.

Gewaltschutzkonzept, Schutzregeln, grenzverletzende Verhaltensweisen und disziplinarische Maßnahmen:

Die Fachklinik Haus Weitenau hat ein Gewaltschutzkonzept um eine klare Orientierung zur Erkennung von Gewalt gegenüber Rehabilitand:innen und Mitarbeiter:innen zu haben. Dieses Konzept bietet Hilfen, um gewaltfördernde Strukturen zu erkennen und abzubauen, die Rehabilitand:innen und Mitarbeiter:innen zu stärken und Empfehlungen zum besseren Schutz vor Gewalt zu bekommen sowie Sensibilisierungen für grenzverletzende Verhaltensweisen. Das Ziel ist der respektvolle, schützende und vertrauensvolle Umgang untereinander. Die Akzeptanz des Gewaltschutzkonzepts, eine Selbstverpflichtungserklärung und ein Verhaltenskodex sind dringend notwendig, um gemeinsam in einem Schon- Schutz- und Übungsrahmen eine Entwöhnungsbehandlung machen zu können.

Bei schwerwiegenden grenzverletzenden Verhaltensweisen, wie Einnahme von Suchtmitteln, Gewaltanwendung, Kriminalität etc., reagieren wir über ein transparentes System und Einstufungsraster, dass entsprechend der Auffälligkeiten unterschiedliche Maßnahmen beinhaltet.

Wir wünschen Ihnen einen erfolgreichen Therapieverlauf!

Datum Name, Vorname Unterschrift
(bei Jugendlichen der/die Erziehungsberechtigte)

Schulbildung: (bitte Zeugnisse mitbringen)

- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur
- kein Schulabschluss

Beendete Berufsausbildung: (bitte Zeugnisse mitbringen)

- ja, als _____
- nein

Befinden Sie sich zurzeit in einer Berufsausbildung? (bitte Zeugnisse/Unterlagen mitbringen)

- ja, als _____
- nein

Bestehen Schulden?

- nein
- ja, **Bitte alle Briefe und Unterlagen mitbringen!**
- Gläubiger: _____ Höhe: _____
- Gläubiger: _____ Höhe: _____
- Gläubiger: _____ Höhe: _____
- Gläubiger: _____ Höhe: _____

<p>Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D004</p>	<p>6.1.1. Aufnahmeplanung Gedankenhilfe für einen Lebenslauf</p>	
--	---	---

Haus Weitenau
 Fachklinik für suchtkranke Jugendliche
 Tel: 07627 / 7085-0
 Fax: 07627 / 7085-130
 e-mail: weitenau@bw-lv.de

Diese Gedankenhilfe soll Anhaltspunkte für Ihren Lebenslauf geben:

- Elternhaus und Erziehung
- Schildern Sie die Entwicklung Ihrer Suchterkrankung.
(wie lange, welche Drogen, welche Mengen, in welcher Umgebung Drogen genommen).
- Mögliche körperliche und seelische Störungen nach Rauschmittelgebrauch
- Gründe für die Anmeldung zur Entwöhnungsbehandlung:
(z. B. Rat der Familie, der Freunde, Beratungsstelle, Gesundheitsamt, Gericht, eigener Wunsch)
- Weshalb wollen Sie ohne Drogen leben?
- Wann und wodurch sind Sie mit den Gesetzen in Konflikt gekommen, haben sie noch Gerichtsverfahren zu erwarten?
- Gab es in der Vergangenheit bereits stationäre oder ambulante Aufenthalte.
- Schildern Sie sich bitte selbst.
(Temperament, Stimmungen, Probleme, Schwierigkeiten mit der Umwelt, besondere Eigenschaften, Interessen)
- Schulbildung, Ausbildungsstand und Zukunftsvorstellungen

Klinikschule Haus Weitenau
Fachklinik für suchtkranke Jugendliche, Austr. 2-6, 79585 Steinen
Telefonnummer: 07627 / 7085-0

Anmeldung für das einjährige Vorbereitungsjahr Arbeit und Beruf (VAB)

Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____ Geburtsort/Land: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____
Straße/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____ Landkreis: _____
Tel: _____ E-Mail: _____

Letzter Schulbesuch:

Schule: _____ von: _____ bis: _____

Bisher erreichter Schulabschluss: _____ kein Abschluss

Bitte fügen Sie dieser Anmeldung folgende Unterlagen bei:

- einen tabellarischen Lebenslauf
- das letzte Zeugnis

Falls Sie noch nicht 18 Jahre alt sind, benötigen wir die Adresse und die Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift BewerberIn

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

<p>Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D011</p>	<p>6.1.1. Aufnahmeplanung Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten</p>	
--	---	---

1. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Tochter bzw. mein/our Sohn an allen therapeutisch/pädagogischen Programmen der Fachklinik Haus Weitenau teilnimmt.
2. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Tochter bzw. mein/our Sohn im Rahmen der üblichen Regeln der Fachklinik Haus Weitenau behandelt wird, d.h.:
 - die Regeln des Hauses akzeptiert und am vorstrukturierten Tagesablauf teilnimmt;
 - drogen- und alkoholabstinent lebt und auch Arzneimittel nur auf ärztliche Verordnung und unter Kontrolle einnimmt.
3. Mir/Uns ist deutlich, dass das Zusammenleben vieler fremder Personen auf engem Raum ein erhöhtes Maß an gegenseitigem Verständnis und Toleranz erfordert. Dabei ist es nicht zu vermeiden, dass persönliche Freiheiten – auch im Kontakt zu uns – eingeschränkt sind. Ich bin/Wir sind einverstanden, auf Sachgeschenke, Lebensmittelgeschenke und Ähnliches zu verzichten. Jegliches Geld und Wertsachen sind im eigenen Safe zu verwahren, die Klinik übernimmt keine Haftung.
5. Ich/Wir unterstützen sehr den Einbezug von Angehörigen in die Behandlung. Die Besuchstermine müssen vorher mit dem zuständigen Bezugstherapeut abgesprochen werden.
6. Ebenso bin ich/sind wir damit einverstanden, bei Besuchen auf dem Klinikgelände, mich/uns sofort nach Ankunft bei der/dem diensthabenden MitarbeiterIn zu melden und bei Verlassen wieder abzumelden sowie Mitgebrachtes sofort zur Kontrolle abzugeben. Ich/Wir achte/n auch darauf, während des Besuches selbst keine Suchtmittel zu mir/uns zu nehmen. Ich/Wir akzeptiere/n das strikte Alkoholverbot für meine/unsere Tochter bzw. meinen/unsere Sohn. Das beinhaltet auch alkohol- und drogenhaltige Lebensmittel. Hierzu verpflichte/n ich mich/wir uns zur absoluten Sorgfalt und unterstütze/n damit den drogenfreien Rahmen.
7. In den ersten zwei Behandlungswochen ist der telefonische Kontakt ausschließlich in Begleitung der/des zuständigen BezugstherapeutInnen möglich. Anschließend erhält Ihr/Ihre Sohn/Tochter ihr/sein Mobiltelefon und kann entsprechend der beiliegenden Benutzerordnung telefonieren.

In Krisensituationen bedeutet dies, dass wir darauf angewiesen sind, dass Sie uns über an Sie herangetragene Krisen, Abbruchwünsche o.ä. informieren. In keinem Fall sollten Sie unabgesprochen Vereinbarungen treffen. Jugendlichentherapie ist stets sehr bedroht durch mangelnde Impulskontrolle und große Probleme, Gefühle auszuhalten. Als sehr problematisch hat sich gezeigt, dass im Verlauf von Krisen Situationen neu eskalierten, weil keine Absprachen zwischen Sorgeberechtigten und den verantwortlichen KlinikmitarbeiterInnen stattfanden. Besonders an Abenden und an Wochenende sollten Sie alles tun, um Situationen zu deeskalieren. Auch Mitteilungen von negativen Vorkommnissen (z.B. Verletzungen oder Tod von Verwandten oder Freunden, bedrohliche Krisen...) sollten Sie erst mit den verantwortlichen MitarbeiterInnen der Fachklinik absprechen, um einen geeigneten Zeitpunkt der Mitteilung zu vereinbaren, an dem Ihre Tochter/Ihr Sohn intensiv begleitet werden kann.

Wochenenden und Abende sind für belastende Mitteilungen nicht geeignet.

Zur Information und Absprache nutzen Sie bitte an den Abenden und Wochenenden die Telefonnummer: 07627/7085-126.

Zu den gewöhnlichen Dienstzeiten nutzen Sie bitte die Telefonnummer: 07627/7085-0.

Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D011	6.1.1. Aufnahmeplanung Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten	
--	--	---

8. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meiner/unserer Tochter bzw. meinem/unserem Sohn bei Beendigung der Therapie und Verlassen der Einrichtung lediglich Fahrgeld bis zum Heimatort zur Verfügung gestellt wird. Ebenso bin ich/sind wir darüber informiert, dass Kleidung und persönliche Gegenstände bei Entlassung mitgenommen werden müssen. Zurückgelassenes Gepäck kann innerhalb von zwei Wochen, für Sie kostenpflichtig, an die Heimatadresse gesendet werden. Eine Aufbewahrung über diese Frist hinaus ist uns aus Platzgründen nicht möglich und wird entsorgt.
9. Wir versichern hiermit unsere durchgehende Erreichbarkeit für die gesamte Dauer des Aufenthalts – mit besonderem Fokus auf die ersten vier Wochen. Um eine verlässliche Kommunikation mit der Fachklinik Haus Weitenau zu ermöglichen, stellen wir alle notwendigen Rufnummern bereit und tragen Sorge dafür, jederzeit kurzfristig kontaktierbar zu sein.

Festnetz privat: _____ Festnetz Geschäft: _____

Mobil: _____ Verbindliche Vertretung: _____

10. Mir/Uns ist bewusst, dass ich/wir im Sonderfall einer unplanmäßigen Entlassung am Prozess beteiligt und informiert werde/n. Am Tag der Entlassung besteht unter Umständen die Notwendigkeit, zeitnah meine/unsere Tochter bzw. meinen/unsere Sohn abzuholen. Damit bin ich/sind wir einverstanden.

Sollte keine Kontaktaufnahme möglich sein, wird in Ausnahmefällen die Entlassung auch ohne Rücksprache vollzogen. Demzufolge bin ich/sind wir einverstanden, dass die Heimfahrt durch öffentliche Verkehrsmittel geplant und eingeleitet wird. Die Zieladresse soll in diesem Fall sein:

11. Ich/Wir sind damit, dass unser Sohn/Tochter Tabakwaren kauft und erlaube hiermit das Rauchen auf den ausgewiesenen Raucherbereichen.

Name/n der/des Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

<p>Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D015</p>	<p>6.1.1.Aufnahmeplanung Masernschutz: Infos zur Aufnahme</p>	
--	--	---

Liebe Interessenten,

Sie möchten in unserer Einrichtung zur Entwöhnungsbehandlung aufgenommen werden.

Das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) trat am 1. März 2020 in Kraft.

Nach § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) haben Kinder und Jugendliche ab dem 1. März 2020 vor der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung Nachweis darüber vorzulegen, dass sie ausreichend gegen Masern geimpft oder gegen Masern immun sind. Der erforderliche Nachweis kann auf folgende Weisen erbracht werden:

1. durch einen **Impfausweis** („Impfpass“) oder ein **ärztliches Zeugnis** (auch in Form einer Anlage zum Untersuchungsheft für Kinder) darüber, dass bei Ihnen **ein ausreichender Impfschutz** gegen Masern besteht oder
2. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass bei Ihnen eine **Immunität** gegen Masern vorliegt oder
3. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass Sie aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können (**Kontraindikation**) oder
4. eine Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen vom Gesetz betroffenen Einrichtung darüber, dass ein Nachweis nach Nummer 1
5. oder Nummer 2 **bereits vorgelegen hat**.

Sofern Ihnen weder der Impfausweis noch eine andere Bescheinigung über die erfolgte Masernschutzimpfung (z.B. Anlage zum Untersuchungsheft) vorliegt, sollten Sie sich an Ihre Haus- oder Kinderärzt*in wenden. Diese*r kann gegebenenfalls fehlende Impfungen nachholen, eine bereits erfolgte Impfung (die nicht in den Impfausweis eingetragen wurde) bestätigen, eine bereits durchlittene Masernerkrankung oder den entsprechenden Immunstatus bestätigen. Sofern aus medizinischen Gründen eine Masernschutzimpfung bei Ihnen nicht möglich ist (Kontraindikation), können Sie auch hierüber ein ärztliches Zeugnis ausstellen lassen, mit Angabe des Zeitraums, für den die Kontraindikation gilt.

Ich möchte Sie daher bitten, mir spätestens bis zum **Aufnahmetag** einen der oben genannten Nachweise zukommen zu lassen. Für alle RehabilitandInnen wird die Vorlage des Nachweises von der Einrichtung dokumentiert. Die Dokumentation wird so lange aufbewahrt, bis Sie die Einrichtung verlassen.

Bitte beachten Sie:

Ohne entsprechenden Nachweis kann **keine** Aufnahme erfolgen. Weitere Informationen können auch auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit abgerufen werden:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht/faq-masernschutzgesetz.html>

<p>Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D018</p>	<p>6.1.1. Aufnahmeplanung Handy-, Tablet- und Laptopregelung der Klinik</p>	
--	--	---

Wir freuen uns, dass wir Ihnen ermöglichen können, ihre digitalen Geräte in der Klinik nutzen zu können. Mit der Möglichkeit auf das klinikinterne WLAN zugreifen zu können, ergeben sich vielfältige Nutzungsmöglichkeiten für Sie. Selbstverständlich ergeben sich durch die Nutzung der Medien auch Risiken. Um diese zu minimieren sind folgende Regelungen notwendig:

- In den ersten 2 Wochen ihrer Behandlung ist die Nutzung eines Mobiltelefons, Laptops oder Tablets nicht möglich. Sie haben die Möglichkeit die Kontakte zu ihren Angehörigen und oder Unterstützer über ihren Bezugstherapeuten aufrecht zu halten.
- Sie haben die Möglichkeit in der Klinik Tablets oder Laptops entsprechend der Handyregelung zu nutzen. PC's sind nicht erlaubt.
- Laptops und Tablets dürfen bis 23:00 und ausschließlich auf dem Zimmer genutzt werden.
- Bei Nichtnutzung empfehlen wir einen sicheren Verschluss in Ihrem Tresor. Außerdem empfehlen wir Ihre Geräte zusätzlich mit einem Passwort zu schützen.
- Zu Ihrem eigenen Schutz ist es ausdrücklich verboten, sich mit suchtmittel- und gewaltverherrlichenden Inhalten zu beschäftigen. Auch pornographische Inhalte, Bilder und Filme sind untersagt. Alle derartigen Inhalte sind von Ihrem Gerät zu entfernen.
- Zur Einhaltung des Datenschutzes sind Fotografieren, Tonaufnahmen und Filmen auf dem gesamten Klinikgelände untersagt.
- Das Hören von Musik und die Nutzung von anderen Medien ist ausschließlich über Kopfhörer erlaubt. Damit ist gewährleistet, dass sich niemand gestört fühlt.

Hiermit versichere ich die Regelungen verstanden zu haben und verpflichte mich zu deren Einhaltung. Ich versichere mit meinem Nutzungsverhalten die abstinente Atmosphäre nicht zu gefährden.

_____ Datum

_____ Name, Vorname

_____ Unterschrift

Sehr geehrte Rehabilitandin,
sehr geehrter Rehabilitand,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Einrichtung Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, Renchtalstr. 14, 77871 Renchen, Telefon: 07843/949-414, E-Mail: info@bw-lv.de.

Im Zusammenhang mit der Betreuung bzw. Beratung durch unsere Einrichtung werden über RehabilitandInnen Daten erhoben und elektronisch gespeichert. Es werden entsprechend den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) nur solche Daten gespeichert, die für die von uns zu erbringenden Leistungsnachweise, die Abrechnung mit Rentenversicherungen, Krankenversicherung sowie Sozialleistungsträgern und für die kontinuierliche Betreuung unserer RehabilitandInnen benötigt werden.

Auf Ihre Daten haben die MitarbeiterInnen unserer Einrichtung Zugriff. Für einzelne Datenbereiche haben auch MitarbeiterInnen unserer Geschäftsstelle einen Zugriff. Alle unsere MitarbeiterInnen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.

Gemäß Art. 15 DSGVO können Sie über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten Auskunft erhalten und in Ihre elektronische Akte Einsicht nehmen, wobei Ihnen die/der betreuende MitarbeiterIn unserer Einrichtung zur Verfügung steht. Für wissenschaftliche Auswertungen werden Daten in anonymisierter Form, d. h. ohne jegliche Möglichkeit, einen Personenbezug herzustellen, an ein wissenschaftliches Institut übermittelt.

Zweck der Datenverarbeitung

Datenübermittlungen an andere Stellen oder an Behörden werden nicht vorgenommen. Auch Justizbehörden erhalten keinerlei Informationen und werden nicht über Ihre Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an Maßnahmen unserer Einrichtung informiert, es sei denn, Sie haben uns dazu ausdrücklich schriftliche Erlaubnis erteilt.

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Speicherung Ihrer Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus stehen Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner 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.

Einverständnis für E-Mail-Kontakt

Wir weisen Sie darauf hin, dass trotz technischer Schutzmaßnahmen die Gefahr besteht, dass bei der Datenübertragung vertrauliche Informationen von unbefugten Dritten eingesehen, abgefangen oder verändert werden könnten. Ich bin trotz der bestehenden Risiken damit einverstanden, dass die Klinik mich vor Aufnahme per E-Mail kontaktiert.

Bewertung der Therapie

Während Ihres Aufenthaltes werden wir Ihre Entwicklung regelmäßig gemeinsam bewerten. Gleichzeitig wünschen wir auch eine Auskunft über Ihre Zufriedenheit mit unseren Angeboten. Am Ende der Therapiezeit und nach 1 und 4 Jahren bitten wir Sie in einem anonymen Fragebogen um Ihre persönliche Einschätzung, der bis dahin erreichten Ziele und Ihrer weiteren Entwicklung.

Name, Vorname: _____

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Jugendlichen der/die Erziehungsberechtigte)

Zahnarzt Matthias Fabry, Spitalstr. 10, 79539 Lörrach

Einverständniserklärung

Patient: _____
Name, Vorname Geb. Datum

Wir sind damit einverstanden, dass folgende Behandlungen durchgeführt werden dürfen:

- Röntgenaufnahme (Kleinbild od. OPG) und ggf. Übermittlung der Aufnahmen
- Füllungen an mehreren Zähnen
- Allgemeine Kontrolle der Zähne

Dies gilt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift