

# Fragebogen zur Aufnahme in der Wichern.RPK

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und in Druckschrift aus.

## Angaben zur Person

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vor- und Nachname:</b>                                                                                                                                                                                          | <b>Geburtsname:</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Geschlecht:</b><br><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers                                                                                          | <b>Geburtsdatum:</b>                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Geburtsort:</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):</b>                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Telefonnummer/Handynummer:</b>                                                                                                                                                                                  | <b>E-Mail-Adresse:</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Familienstand:</b><br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend | <b>Wohnsituation:</b><br><input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> mit Partner<br><input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> mit Kindern<br><input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
| <b>Größe:</b>                                                                                                                                                                                                      | <b>Gewicht:</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Steueridentifikationsnummer:</b>                                                                                                                                                                                | <b>Haben Sie Kinder? Wenn ja, Anzahl und Geburtsjahr angeben:</b>                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Erlerner Beruf:</b>                                                                                                                                                                                             | <b>Derzeit ausgeübter Beruf:</b>                                                                                                                                                                                                                                              |

## Grad der Behinderung

|                                                                                     |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Höhe des GdB:</b>                                                                | <b>Merkzeichen:</b>  |
| <b>Gleichstellung:</b><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Beantragt am:</b> |

## Soziales und Finanzen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Aktuelles Einkommen:</b><br><input type="checkbox"/> Krankengeld<br><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I<br><input type="checkbox"/> Bürgergeld<br><input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente<br><input type="checkbox"/> Ersparnisse<br><input type="checkbox"/> Unterhalt von Angehörigen<br><input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte beschreiben: | <b>Bewilligungszeitraum:</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|

## Schul- und Studienzeiten

| Art             | Zeitraum | Abschluss |
|-----------------|----------|-----------|
| Förderschule    |          |           |
| Hauptschule     |          |           |
| Realschule      |          |           |
| Gymnasium       |          |           |
| Hochschule      |          |           |
| Sonstige: _____ |          |           |

## Ausbildung

| Ausbildungsberuf | Zeitraum | Abschluss |
|------------------|----------|-----------|
|                  |          |           |
|                  |          |           |
|                  |          |           |
|                  |          |           |
|                  |          |           |
|                  |          |           |

## Sonstige berufliche Maßnahmen

| Art der Maßnahme            | Zeitraum |
|-----------------------------|----------|
| Bundeswehr                  |          |
| Freiwilliges soziales Jahr  |          |
| Zivildienst                 |          |
| Sonstige Bildungsmaßnahmen: |          |

## Arbeitgeber

Besteht zurzeit noch ein Arbeitsverhältnis?

- ☐ Nein, aus folgenden Gründen:  
\_\_\_\_\_
- ☐ Ja, Name und Anschrift Arbeitgeber:  
\_\_\_\_\_
- ☐ derzeit bin ich krankgeschrieben seit:  
\_\_\_\_\_

| Bisher ausgeübte Berufe | Zeitraum | Adresse Arbeitgeber |
|-------------------------|----------|---------------------|
|                         |          |                     |
|                         |          |                     |
|                         |          |                     |
|                         |          |                     |
|                         |          |                     |
|                         |          |                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                          |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Vor- und Nachname:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):</b>                                                                                                            |                     |
| <b>Telefonnummer/Handynummer:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>E-Mail-Adresse:</b>                                                                                                                                   |                     |
| <b>Verhältnis zur Person:</b><br><input type="checkbox"/> Mutter<br><input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> Großmutter<br><input type="checkbox"/> Großvater<br><input type="checkbox"/> Partner<br><input type="checkbox"/> Freundschaft<br><input type="checkbox"/> Sonstiges, wenn ja bitte beschreiben | <b>Ich erlaube meinen Notfallkontakt zu kontaktieren</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>ab sofort</b><br><input type="checkbox"/> <b>ab Aufnahme</b> |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Datum</b>                                                                                                                                             | <b>Unterschrift</b> |

|                                   |                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vor- und Nachname:</b>         | <b>Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):</b>                                                                                                                                                      |
| <b>Telefonnummer/Handynummer:</b> | <b>E-Mail-Adresse:</b>                                                                                                                                                                             |
| <b>Faxnummer:</b>                 |                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Beantragt am:</b>              | <b>Aufgabenkreis:</b><br><input type="checkbox"/> Vermögen<br><input type="checkbox"/> Aufenthalt<br><input type="checkbox"/> Gesundheit<br><input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte beschreiben: |

|                                   |                                               |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Vor- und Nachname:</b>         | <b>Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):</b> |
| <b>Telefonnummer/Handynummer:</b> | <b>E-Mail-Adresse:</b>                        |
| <b>Faxnummer:</b>                 |                                               |

|                                   |                                               |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Vor- und Nachname:</b>         | <b>Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):</b> |
| <b>Telefonnummer/Handynummer:</b> | <b>E-Mail-Adresse:</b>                        |
| <b>Faxnummer:</b>                 |                                               |

## Psychologe/Psychotherapeut

|                            |                                        |
|----------------------------|----------------------------------------|
| Vor- und Nachname:         | Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort): |
| Telefonnummer/Handynummer: | E-Mail-Adresse:                        |
| Faxnummer:                 |                                        |

## Aktuelle Medikamenteneinnahme

Wenn zutreffend, bitte ausfüllen:

| Name | Dosierung |
|------|-----------|
|      |           |
|      |           |
|      |           |
|      |           |
|      |           |

## Gesundheitsangaben

Wenn zutreffend, bitte ausfüllen:

|                                                                              |                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ansteckende Erkrankungen:                                                    | Allergien/Unverträglichkeiten:                                                                                                                |
| Operationen/Unfälle:                                                         | Sonstige Erkrankungen:                                                                                                                        |
| TSH-Wert bzw. Schilddrüsenwerte<br>Datum: _____<br>Wird veranlasst am: _____ | CT / MRT des Schädels erfolgt?<br><input type="checkbox"/> Ja, am: _____<br><input type="checkbox"/> Nein, wird veranlasst am: _____<br>_____ |
| Zur Diagnosesicherung vor Aufnahme erforderlich!                             |                                                                                                                                               |

## Rehabilitations- / Krankenhausaufenthalte in den letzten 4 Jahren

| Name der Einrichtung | Zeitraum |
|----------------------|----------|
|                      |          |
|                      |          |
|                      |          |
|                      |          |
|                      |          |
|                      |          |

## Krankenversicherung

|                             |                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                       | Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):                                                                                                                                                                                        |
| Krankenversicherungsnummer: | <b>Versicherungsstatus:</b><br><input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert<br><input type="checkbox"/> privat krankenversichert<br><input type="checkbox"/> familienkrankenversichert,<br>wenn ja über wen<br>_____ |

## Rentenversicherung

|                            |                                        |
|----------------------------|----------------------------------------|
| Name:                      | Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort): |
| Rentenversicherungsnummer: |                                        |

## Agentur für Arbeit

|               |                                        |
|---------------|----------------------------------------|
| Name:         | Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort): |
| Kundennummer: |                                        |

## Wer hat Ihnen unsere Einrichtung empfohlen?

|                                    |                                        |
|------------------------------------|----------------------------------------|
| Vor- und Nachname/Name der Klinik: | Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort): |
| Telefonnummer/Handynummer:         | E-Mail-Adresse:                        |
| Faxnummer:                         |                                        |

## Wunschaufnahme:

|                                    |                                        |
|------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stationär | <input type="checkbox"/> Teilstationär |
|------------------------------------|----------------------------------------|

*Bitte beachten Sie:*

*Die abschließende Entscheidung über die Aufnahmeart liegt im Ermessen des leitenden Arztes.*

**Hinweis:** Das Auslassen einzelner Felder hat keine Nachteile. Gegebenenfalls kann dies jedoch zu Rückfragen führen.

## Suchtmittel

| Art                                                 | Häufigkeit | Wann zuletzt |
|-----------------------------------------------------|------------|--------------|
| Alkohol                                             |            |              |
| Nikotin/Zigaretten                                  |            |              |
| Benzodiazepine                                      |            |              |
| Amphetamine                                         |            |              |
| Cannabis                                            |            |              |
| Sonstige Drogen<br>(bitte eintragen)                |            |              |
| Nicht verordnete Medika-<br>mente (bitte eintragen) |            |              |

## Behandlung wegen einer Suchterkrankung

Wenn zutreffend, bitte ausfüllen:

| Name der Einrichtung | Zeitraum |
|----------------------|----------|
|                      |          |
|                      |          |
|                      |          |
|                      |          |

## Wann hat Ihre psychische Erkrankung begonnen?

Als ich \_\_\_\_\_ Jahre alt war, somit seit dem Jahr \_\_\_\_\_

## Erklärung zu Wohnsitz und Suchtmitteln

Hiermit bestätige ich, dass ich über einen festen Wohnsitz verfüge und diesen während der gesamten Dauer der Rehabilitationsmaßnahme beibehalten werde.

Ich verpflichte mich, während des gesamten Aufenthalts im Wichern.RPK auf die Einnahme von Suchtmitteln sowie nicht ärztlich verordneten Medikamenten zu verzichten. Zudem bestätige ich, dass seit **mindestens 6 Monaten keine Einnahme von Suchtmitteln** stattgefunden hat.

Haben Sie den Aufnahmebogen eigenständig ausgefüllt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, ich hatte Unterstützung durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

---

---

---

**Gibt es wichtige Informationen zur Familie, die für die Rehabilitation wichtig sind?**

---

---

---

**Fühlen Sie sich durch Ihr derzeitiges Umfeld gut unterstützt?**

---

---

---

**Was hilft Ihnen derzeit mit der Erkrankung umzugehen?**

---

---

---

**Wie erleben Sie die Wirkung der Medikamente?**

---

---

---

**Aus welchen Gründen wollen Sie die Rehabilitation in der Wichern.RPK durchführen und welche Maßnahmen könnten für Sie hilfreich sein?**

---

---

---

# Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

## 1. Verantwortlicher

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

**Wichern.RPK**

Wingertstraße 5

67071 Ludwigshafen

Telefon: 0621/67 11 0

E-Mail: [wichern.rpk@evh-pfalz.de](mailto:wichern.rpk@evh-pfalz.de)

## 2. Datenschutzbeauftragter

Unser Datenschutzbeauftragter ist wie folgt erreichbar:

**Datenschutzbeauftragter der Wichern.RPK**

**Kompetenzteam Thomas**

Inh. Katrin Thomas

Hauptstraße 88a

67365 Schwegenheim

Tel: 06344 503949 – 0

Mail: [datenschutz@kt-thomas.de](mailto:datenschutz@kt-thomas.de)

## 3. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten für folgende Zwecke:

- **Erstellung und Fortführung des Rehabilitationsplans:** Um Ihre Rehabilitationsmaßnahme zu planen und durchzuführen, müssen personenbezogene Daten (wie Gesundheitsdaten) erhoben werden.
- **Abklärung der Kostenübernahme:** Zur Klärung der Finanzierung Ihrer Maßnahme durch die zuständigen Kostenträger.
- **Erstellung von fachärztlichen Gutachten:** Zur medizinischen Beurteilung Ihrer Situation im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme.
- **Unterstützung des therapeutischen Prozesses:** Die kontinuierliche Betreuung erfordert eine Verarbeitung von Daten, um den Therapieplan und Fortschritt zu überprüfen.

## Rechtsgrundlage der Verarbeitung:

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage Ihrer **ausdrücklichen Einwilligung gemäß § 6 Nr. 2 DSGVO**.

## 4. Arten der verarbeiteten Daten

Wir verarbeiten insbesondere die folgenden personenbezogenen Daten:

- **Identifikationsdaten:** Name, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktinformationen
- **Gesundheitsdaten:** Diagnosen, Therapiebedarfe, Behandlungsergebnisse
- **Finanzielle Daten:** Angaben zur Kostenübernahme durch Versicherungen oder Sozialleistungsträger
- **Dokumentationsdaten:** Angaben zu bisherigen Behandlungen, medizinischen Gutachten und Therapieverläufen
- **Schweigepflichtentbindungserklärungen:** Für den Austausch von Informationen zwischen behandelnden Ärzten und Therapeuten

## 5. Empfänger/Kategorien von Empfängern

Ihre personenbezogenen Daten werden nur an folgende Empfänger weitergegeben, soweit dies für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme notwendig ist:

- **Mitarbeitende der Wichern.RPK:** Die Daten werden von den zuständigen Fachabteilungen verarbeitet, z. B. der Rehabilitationsplanung und der Verwaltung.
- **Ärzte und Therapeuten:** Um eine lückenlose medizinische Versorgung und Therapieplanung zu gewährleisten.
- **Kostenträger:** Z. B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger oder andere Sozialleistungsträger.
- **Externe Dienstleister:** Beispielsweise IT-Dienstleister, die uns bei der Speicherung und Verarbeitung der Daten unterstützen.

Die Weitergabe erfolgt nur, wenn dies zur Erreichung des Zwecks erforderlich ist, und immer unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

## 6. Dauer der Speicherung der Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden nur so lange gespeichert, wie sie für die Erfüllung des Zwecks erforderlich sind. Nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme und unter Berücksichtigung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen (z. B. nach § 147 AO) werden Ihre Daten für maximal **10 Jahre** gespeichert.



Falls eine Aufbewahrung aus anderen rechtlichen Gründen erforderlich ist (z. B. steuerrechtliche Pflichten), kann sich die Speicherfrist verlängern.

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist oder im Falle eines Widerrufs Ihrer Einwilligung werden Ihre Daten gelöscht, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

## 7. Rechte der betroffenen Personen

Als betroffene Person haben Sie folgende Rechte:

- **Auskunftsrecht:** Sie haben das Recht, von uns eine Bestätigung darüber zu erhalten, ob Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Wenn dies der Fall ist, können Sie Auskunft über die gespeicherten Daten und die Art der Verarbeitung verlangen.
- **Recht auf Berichtigung:** Wenn Ihre personenbezogenen Daten unrichtig oder unvollständig sind, können Sie die Berichtigung oder Vervollständigung verlangen.
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** In bestimmten Fällen können Sie die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen.
- **Recht auf Widerspruch:** Sie können der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen, insbesondere bei der Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund eines berechtigten Interesses.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** In bestimmten Fällen haben Sie das Recht, Ihre Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und an einen anderen Verantwortlichen zu übermitteln.

## 8. Widerruf der Einwilligung

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf kann erfolgen:

- per E-Mail an: [wichern.rpk@evh-pfalz.de](mailto:wichern.rpk@evh-pfalz.de)
- telefonisch unter: 0621/67 11 0
- schriftlich an: Wichern.RPK, Wingertstraße 5, 67071 Ludwigshafen

## 9. Weitergabe von Daten an Drittländer

Eine Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten in Drittländer (außerhalb der EU/des EWR) erfolgt nur, wenn dies zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist oder wenn geeignete Schutzmaßnahmen bestehen, wie z. B. Standardvertragsklauseln oder Angemessenheitsbeschlüsse der Europäischen Kommission.

## 10. Sicherheit Ihrer Daten

Wir setzen technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen ein, um Ihre personenbezogenen Daten vor Verlust, Missbrauch oder unbefugtem Zugriff zu schützen. Diese Sicherheitsmaßnahmen werden regelmäßig überprüft und an die technische Entwicklung angepasst.

## 11. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Sollten Sie der Meinung sein, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht mit den geltenden Datenschutzbestimmungen vereinbar ist, haben Sie das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren.

Die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde für uns ist:

**Die Aufsichtsbehörde für den Datenschutz in der Evangelischen Kirche**

Lange Laube 20, 30159 Hannover

Telefon: 0511-7681280

E-Mail: [info@datenschutz.ekd.de](mailto:info@datenschutz.ekd.de)

## 12. Änderungen dieser Datenschutzerklärung

Wir behalten uns vor, diese Datenschutzerklärung bei Bedarf zu aktualisieren, um sie an neue gesetzliche Vorgaben oder Änderungen unserer Dienstleistungen anzupassen. Eine aktualisierte Version wird Ihnen rechtzeitig zur Verfügung gestellt.

## Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Einwilligungserklärung gelesen und verstanden habe. Ich erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die oben genannten Zwecke einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift