

Wir machen darauf aufmerksam, dass von Seiten Ihrer Versicherung kein Anspruch auf ein Einzelzimmer geltend gemacht werden kann. Ausgänge über Nacht sind nicht gestattet.

Die Auswahl der Diagnostik, der medikamentösen Behandlung und weiterer therapeutischer Maßnahmen erfolgt durch den Arzt nach dem aktuellen Zustand und den Beschwerden des/der Patienten/in. Im Einzelfall können Foto- oder Videoaufnahmen zur Dokumentation des Therapiefortschritts oder für Schulungszwecke während des stationären Aufenthalts notwendig sein.

Sollten Sie Fragen zu Ihrer medizinischen Behandlung haben, können Sie diese ausführlich mit Ihrem betreuenden Arzt besprechen. Bei Fragen zur Pflege, wenden Sie sich bitte direkt an die Stationsleitung.

Die allgemeinen medizinischen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden werden in Ihrem Interesse durchgeführt. Helfen Sie bitte mit und befolgen Sie die Anweisungen des Pflegepersonals sowie des Ärzte- und Therapeutenteams.

Nehmen Sie die vorgeschlagenen Medikamente ein, und verwenden Sie die verordneten Heilbehelfe und therapeutischen Hilfsmittel (wie z.B. Rollstuhl, Rollstuhltischerl, Rollator, Stock). Falls Sie selbständig Medikamente außerhalb der Verordnung einnehmen, teilen Sie dies unverzüglich Ihrem behandelnden Arzt mit.

Bitte machen Sie uns aufmerksam, wenn bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien vorliegen oder wenn diese neu auftreten. Jede Änderung der Medikation sollte zuvor mit dem behandelnden Arzt des Neurologischen Therapiezentrum Gmundnerberg (NTG) besprochen, und nicht eigenmächtig durchgeführt werden. Informieren Sie die Pflegekraft oder den Arzt sofort über Veränderungen in Ihrem Befinden.

Sollten während des stationären Aufenthaltes plötzliche und schwerwiegende Komplikationen auftreten, die Wiederbelebungsmaßnahmen oder eine lebenserhaltende Behandlung (z. B. Beatmung) erfordern, werden diese ohne Verzögerung eingeleitet. Zur weiteren Behandlung werden Sie in ein Akutspital verlegt.

Liegt bei Ihnen eine Patientenverfügung vor, teilen Sie dies Ihrem behandelnden Arzt mit. Eine Kopie einer eventuell vorliegenden Patientenverfügung wird dem Patientenakt beigelegt.

Für etwaige Rücktransporte übernimmt das Neurologische Therapiezentrum Gmundnerberg keine Kosten.

Ich bestätige, dass ich von Herrn/ Frau Dr.
in mir verständlicher Form über meine Diagnose und meinen Gesundheitszustand sowie die erforderlichen Untersuchungen und Behandlungsmethoden informiert wurde.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mit den vorgeschlagenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie den notwendigen Schulungsmaßnahmen einverstanden bin und über die Patientenrechte aufgeklärt wurde. Ich wurde über die Notwendigkeit meiner aktiven Teilnahme an der Behandlung und Betreuung aufgeklärt. Die Patientenrechte liegen auch in schriftlicher Form in jedem Patientenzimmer (Patienteninformationsbroschüre) auf.

Darüber hinaus gebe ich mein Einverständnis, dass die behandelnden Ärzte im NTG während meines stationären Aufenthaltes berechtigt sind, Arztbriefe und medizinische Befunde über zurückliegende Krankenhausaufenthalte oder medizinische Untersuchungen einzuholen.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf ein Foto von mir gemacht werden darf. Dieses Foto dient zu meiner eigenen Sicherheit und dient zur Sicherstellung der Identifikation.

Ich bin mit dem Tragen eines Armbandes während des stationären Aufenthalts im NTG (dient der Patientenidentifikation) einverstanden, welches mit Namen, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer und Patientennummer versehen ist.

Ich bin einverstanden - auf Anfrage - an wissenschaftlichen Studien teilzunehmen:

ja nein

Bitte beachten Sie, dass eine vorzeitige Abreise nur nach Genehmigung Ihrer Sozialversicherung möglich ist.

Dieser Behandlungsvertrag kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Patientenverfügung vorliegend: ja nein

Vorsorgevollmacht vorliegend: ja nein

Erwachsenenvertretung vorliegend: ja nein

gewählte/gesetzliche/gerichtliche (bitte die Zutreffende unterstreichen)

Ich erkläre mich hiermit mit der Einhaltung der Anstaltsordnung einverstanden.

Im Zusammenhang mit den angeführten Verhaltensregeln willige ich ein, dass bei einem Verstoß einer solchen das Rehabilitationsverfahren auf Anordnung des Arztes beendet werden kann.

Ich erkläre mich mit eventuell notwendigen Hygienemaßnahmen, die im Zusammenhang mit Infektionserkrankungen stehen (z. B. Covid-19, Influenza), einverstanden.

Ferner erkläre ich, dass ich mir über die mit einer allenfalls vorzeitigen Beendigung des Rehabilitationsverfahrens eventuell verbundenen nachteiligen Folgen, insbesondere für meine Gesundheit, bewusst bin.

Datenschutzerklärung

Zwecks Erfüllung des Behandlungsvertrages mit Ihnen werden Ihre personenbezogene Daten (das sind: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Familienstand, Notfallkontakt, Versicherungsnummer, Versicherungsträger, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Foto, Nationalität, ggf. KFZ-Kennzeichen, ggf. besondere Kostformen) sowie gesundheitsbezogene Daten betreffend die Aufnahme durch den Arzt, die Pflege und die Therapeuten (z.B. Diätologie), die Diagnostik, medikamentöse Therapie, therapeutische Maßnahmen, (das sind u.a. Diagnosen, Befunde, zuweisender Arzt, Allergien, Unverträglichkeiten, gesundheitlich notwendige Hilfsmittel z.B. Krücken, Medikation, Operationen, Vorerkrankungen, Pflegestufe, Aufenthaltsdatum, Begleitperson) im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt und Ihrer Behandlung im Neurologischen Therapiezentrum Gmundnerberg vom Neurologischen Therapiezentrum Gmundnerberg verarbeitet.

Die behandelnden Ärzte des Neurologischen Therapiezentrums Gmundnerberg sind während Ihres stationären Aufenthaltes im Neurologischen Therapiezentrum Gmundnerberg berechtigt, Arztbriefe und medizinische Befunde über zurückliegende Krankenhausaufenthalte oder medizinische Untersuchungen einzuholen und die den Aufenthalt betreffenden medizinische Dokumentation und den Entlassungsbericht an

den zuständigen Kostenträger und den weiterbehandelnden Arzt oder die weiterbehandelnde Einrichtung zu versenden und die entsprechenden Gesundheitsdaten zu verarbeiten, um den Behandlungsvertrag mit Ihnen erfüllen zu können.

Der zuständige Kostenträger wird über den Rehabilitationsantritt mittels gesicherter elektronischer Datenübermittlung informiert. Auch der Zeitpunkt der Entlassung wird in elektronischer Form 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.

Die Daten werden im Auftrag vom Neurologischen Therapiezentrum Gmundnerberg für den Zweck Ihrer Behandlung und Betreuung von der HFO (Health Facility Operations Services GmbH) verarbeitet. Die im Rahmen Ihrer Betreuung gewonnenen Informationen und Erkenntnisse können von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung sein, insbesondere hinsichtlich des medizinischen Fortschritts. Entsprechend der gesetzlich erlaubten Möglichkeiten werden wir Ihre Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Forschungstätigkeiten nutzen. Anonymisiert bedeutet, dass ein Rückschluss auf Ihre Identität nicht mehr möglich ist. Forschungsdaten werden in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen zeitlich unbefristet aufbewahrt. Im Rahmen Ihres Aufenthaltes und für eine bestmögliche Behandlung ist es in bestimmten Fällen erforderlich, personenbezogene Daten an externe Dienstleister wie Labor, Apotheke etc. weiterzugeben oder zur Abstimmung mit Behörden, Kostenträgern 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 berechnigte 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.

Die Kontaktdaten betreffend Datenschutz:

E-Mail: hfo-at-datenschutz@vamed.com

Altmünster, am

.....

Unterschrift des/der Patienten/in

bzw. seines gesetzlichen Vertreters

.....

Unterschrift des Arztes