

# Aufnahmemeldung Adaption



(Bitte vor Aufnahme an uns zurückschicken. Vielen Dank!)

Name, Vorname	Geburtsname	
Straße und Hausnummer	Geburtsdatum	Geburtsort
	Familienstand	
PLZ      Ort	Beruf	
Telefon (Festnetz-Nr.)	Konfession	
Telefon (Mobil-Nr.)	ALG I seit	ALG II seit
E-Mail-Adresse		
<b>Name des Notfallkontaktes / des Angehörigen</b>		
	Straße	
PLZ                      Ort	Telefon	
<b>Vorbehandelnde Klinik</b>		
	Straße	
PLZ                      Ort	Telefon	
	Fax	
<b>Beratungsstelle</b>		
	Straße	
PLZ                      Ort	Telefon	
	Fax	
<b>Hausarzt*ärztin</b>		
	Straße	
PLZ                      Ort	Telefon	
	Fax	
<b>Notfallkontakt</b>		
<b>Wen sollen wir im Notfall kontaktieren?</b>		
	Telefon	
Name, Vorname	Datum/Unterschrift Rehabilitand*in	

# Aufnahmemeldung Adaption



(Bitte vor Aufnahme an uns zurückschicken. Vielen Dank!)

<b>Arbeitgeber*in/Jobcenter/Arbeitsagentur</b>		Straße	
PLZ	Ort	Telefon	
		Fax	
<b>Bewährungshilfe</b>			
		Straße	
PLZ	Ort	Telefon	
		Fax	
<b>Krankenkasse</b>			
		Straße	
PLZ	Ort	Telefon	
Krankenversicherungs-Nr.		Gültigkeit	Versicherungsstatus
<b>Kostenträger</b>			
<b>Gesetzlicher Betreuer*in</b>			
		Straße	
PLZ	Ort	Telefon	
		Fax	
Aktenzeichen		Zuständiges Amtsgericht	
Für welche Bereiche wurde die Betreuung eingerichtet?			
Ich bin <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher			
<b>Falls Sie Raucher sind:</b>			
Möchten Sie vom Tag der Aufnahme an das Rauchen einstellen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Der Zeitpunkt ist günstig und wir werden Sie dabei unterstützen!		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Aktuelles Gewicht</b>		<b>Körpergröße</b>	

# Aufnahmemeldung Adaption



(Bitte vor Aufnahme an uns zurückschicken. Vielen Dank!)

Ich bin darüber informiert, dass in der Klinik meine personenbezogenen Daten gespeichert werden. Sie werden in dieser Form ausschließlich innerhalb der Klinik verwendet und weitergegeben. Jede Weitergabe von Daten oder Informationen, die nicht anonymisiert sind, an andere Stellen oder Personen darf nur mit meinem Einverständnis erfolgen.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift

# Einwilligung zur elektronischen Datenverarbeitung und Speicherung eines Portraitfotos

(Bitte vor Aufnahme an uns zurückschicken. Vielen Dank!)



**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die salus adaption Hürth nimmt es sehr genau mit dem Schutz und der Verarbeitung Ihrer Daten. Aus diesem Grund erhält niemand Informationen über Sie, außer Sie ermächtigen uns schriftlich oder eine gesetzliche Vorschrift verpflichtet uns dazu.

Für die ganzheitliche Therapie ist es notwendig, dass Ärzt\*innen, Therapeut\*inne oder Berater\*innen gut und zeitnah über den Behandlungsstatus und die weiteren Schritte informiert sind und den/die Patient\*in eindeutig identifizieren können. Daher ist es wichtig, die Daten möglichst an einem Ort zentral und zeitnah abzulegen. Die salus adaption Hürth gewährleistet dies durch eine elektronische Patientenakte inkl. eines Portraitfotos. **Am Aufnahmetag wird von Ihnen ein Foto vor Ort gemacht.**

Mir ist bewusst, dass für meine ganzheitliche Therapie eine zentrale elektronische Speicherung und Verarbeitung meiner Daten notwendig ist, damit alle Fachdienste auf meine für die Therapie notwendigen Daten (inkl. EKG, Sonografie, sonstige medizinische Untersuchungsbefunde) zugreifen können. Ich stimme der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu.

**Einwilligung zur elektronischen Datenverarbeitung, insbesondere aller besonderen personenbezogenen Daten gemäß § 3 Absatz 1 BDSG und EU-Datenschutzgrundverordnung, Artikel 9**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zur schnellen und eindeutigen Identifikation im Haus ist auch ein Portraitfoto von Ihnen erforderlich. Das Foto wird ausschließlich für interne Zwecke (innerhalb der Patientendokumentation pd) genutzt.

Hiermit gebe ich meine Zustimmung zur Speicherung meines Portraitfotos

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs können wir keine Behandlung mehr gewährleisten.



# Auskunftssperre

(Bitte vor Aufnahme an uns zurückschicken. Vielen Dank!)

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus Gründen des Datenschutzes machen wir Sie darauf aufmerksam, dass schon durch die Vermittlung von Telefonaten indirekt bekanntgegeben wird, dass Sie Rehabilitand\*in unserer Adaption sind. Bitte geben Sie uns deshalb Ihr Einverständnis, dass wir Telefonate zu Ihnen durchstellen dürfen.

**Ihre Zimmer-Durchwahl wird nicht nach außen weitergegeben.**

Ich bin damit einverstanden

nicht einverstanden

Wir weisen Sie darauf hin, dass bei hinterlegter Auskunftssperre auch persönlich vorsprechende Besucher keine Auskünfte erhalten. Hilfreich ist es, wenn Sie selbst möglichst allen in Frage kommenden Personen Ihre Anschrift in der Adaption mit Zimmer- und Telefonnummer bekanntgeben.

Außerdem weisen wir darauf hin, dass wir über eine ISDN-Anlage verfügen, die unsere Rufnummer sendet. Das bedeutet, dass bei einem Anruf von einem Adaption-Apparat die Rufnummer mit Ihrer Zimmer-Durchwahl gesendet wird und im Display eines entsprechend ausgestatteten Gerätes gelesen werden kann.

Bestätigen Sie uns bitte mit Ihrer Unterschrift, dass Sie darüber informiert wurden, dass in der Adaption personenbezogene Daten von Ihnen gespeichert werden. Sie werden in dieser Form ausschließlich innerhalb der Adaption verwendet und weitergegeben. Jede Weitergabe von Daten oder Informationen - die nicht anonymisiert sind - an andere Stellen oder Personen darf nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis erfolgen.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift



## Selbstverpflichtung KFZ-Führung

(Bitte vor Aufnahme an uns zurückschicken. Vielen Dank!)

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

### Verpflichtungserklärung

Sie befinden sich während der Entwöhnungsbehandlung Phase II in einer Stresssituation, wodurch möglicherweise Ihre Konzentrationsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt ist. Zudem werden Sie ggf. mit Medikamenten behandelt, die zu einer Einschränkung Ihrer Fahrtüchtigkeit führen können.

Wir bitten Sie, dies zur Kenntnis zu nehmen und während der gesamten Dauer der stationären Rehabilitationsmaßnahme auf das Führen von Kraftfahrzeugen zu verzichten.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# Zuzahlung gemäß Kostenzusage Ihrer Krankenkasse

(Bitte vor Aufnahme an uns zurückschicken. Vielen Dank!)

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß der vorliegenden Kostenzusage **Ihrer Krankenkasse** haben Sie je Kalendertag der Behandlung 10 Euro - max. jedoch für 28 Tage - an unsere Einrichtung zu zahlen. Wir müssen den Betrag an die zuständige Krankenkasse weiterleiten. Den betreffenden Gesetzestext haben wir auf der Folgeseite dieses Schreibens auszugsweise dokumentiert.

Dieser Eigenanteil ist am Beginn der Maßnahme fällig – daher bitten wir Sie, die Einzahlung bei der **Klinikkasse (Finanzbuchhaltung, Zimmer A 00.40)** vorzunehmen.

Weiterhin bitten wir Sie, den Erhalt dieses Schreibens wie folgt zu bestätigen und den Text anzukreuzen bzw. zu ergänzen.

- Ich wurde über die zu leistende Zuzahlung informiert und werde diese innerhalb von 14 Tagen bei der Klinikkasse entrichten oder auf das Klinikkonto überweisen.
- Ich bin durch meine Krankenkasse von der Zuzahlung befreit (bitte Nachweis vorlegen!)

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Auszug aus:**

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)**

**§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)**

**§ 61 Zuzahlungen**



# Patienteninformation zum Datenschutz

(Für Ihre Unterlagen!)

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. **Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben.** Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

## 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Name: Salus Klinik GmbH & Co Hürth KG als Trägerin der salus klinik Hürth  
Anschrift: Willy-Brandt-Platz 1, 50354 Hürth  
Telefon: 02233-8081-0  
Fax: 02233-8081-888  
Email: [mail@salus-huerth.de](mailto:mail@salus-huerth.de)

Der extern bestellte betriebliche Datenschutzbeauftragte, Herr Thomas Söhnchen, Fa. Ecoprotec, ist unter folgenden Kontaktdaten erreichbar:

Fa. ecoprotec GmbH  
Pamplonastraße 19  
33106 Paderborn

Herr Söhnchen: Telefon: 05251-877888-340 oder per Email: [soehnchen@ecoprotec.de](mailto:soehnchen@ecoprotec.de)

## 2. Art, Umfang, Zweck und Verwendung der erhobenen Daten

Als Patient/in von uns erheben wir folgende Informationen:

- Anrede, Vor- und Nachname, ggfs. Titel
- Geburtsdatum
- Familienstand
- Krankenversicherung, Krankenversicherungsnummer, Rentenversicherung, Rentenversicherungsnummer
- Anschrift
- Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunknummer)
- E-Mail-Adresse
- Gesundheitsdaten (wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde)





# Patienteninformation zum Datenschutz

(Für Ihre Unterlagen!)

- Weitere Kontaktdaten (wie Angehörige, Betreuer o.ä.)
- Lichtbild
- Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die Behandlung zwischen Ihnen und der salus adaption Hürth und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung der Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen unter anderem Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzt\*innen und Therapeut\*innen oder externe Stellen wie Labore erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen) sowie sonstige Mitarbeiter\*innen von Beratungsstellen und/oder Leistungsträgern. Es werden Berichte geschrieben und es erfolgt eine Verarbeitung aus Gründen der seelischen und/oder sozialen Betreuung sowie zur Gewährleistung eines Entlassmanagements.

Daneben bedarf es einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung aus Gründen der Abrechnung, des Controllings, der Rechnungsprüfung, der Betreuung und der Wartung von IT-Systemen/Anwendungen und ggf. der Abwehr und Verfolgung von Rechtsansprüchen. Hierzu können Ihre Daten auch offenbart werden, wenn es notwendig ist.

Sodann erfolgt die Datenerhebung zu Zwecken der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Forschung, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung und zur Erfüllung etwaiger Meldepflichten.

Unser Personal unterliegt entweder dem Berufsgeheimnis oder aber einer Geheimhaltungspflicht, so dass der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten gewährleistet ist.

## **3. Empfänger Ihrer Daten**

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Vor- und Nachbehandler\*innen, Ärzt\*innen/ Psychotherapeut\*innen, Labore, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Leistungsträger, Rentenversicherungsträger und privatärztliche Verrechnungsstellen 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 berechnigte Empfänger.

## **4. Speicherung Ihrer Daten**

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist werden Ihre Daten gelöscht, es sei denn, es gelten längere Aufbewahrungsfristen wie etwa bei Röntgenaufnahmen.

Im Übrigen bewahren wir Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.



# Patienteninformation zum Datenschutz

(Für Ihre Unterlagen!)

## 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht,

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung (z. B. bei Abrechnung durch von uns beauftragte Abrechnungsstellen) jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen;
- gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft Ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
- gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
- gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen;
- gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben;
- gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Verbandssitzes wenden.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

LDI-NRW - Landesbeauftragte für *Datenschutz* und Informationsfreiheit *Nordrhein-Westfalen*

Anschrift: Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

## 6. Rechtliche Grundlagen

Die Grundlage dafür, dass die salus Klinik Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass wir für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig sind. Auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die der salus Klinik eine Verarbeitung der Daten erlauben. Genannt sei hier insbesondere die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), z.B. Art. 6, 9 DS-GVO, die auch in Deutschland gilt und ausdrücklich regelt, dass Daten von Patienten verarbeitet werden dürfen. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa in dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z.B. § 301 SGB V, in dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG),



# Patienteninformation zum Datenschutz

(Für Ihre Unterlagen!)

insbesondere § 22 BDSG und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

**salus klinik Hürth**



# Merkblatt zur Aufnahme in die salus adaption Hürth

(Für Ihre Unterlagen!)

## Herzlich Willkommen in der salus adaption Hürth!

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte kommen Sie am Aufnahmetag pünktlich zur Aufnahme in die salus adaption Hürth, da zu diesem Zeitpunkt Zeit für Sie reserviert ist.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass eine Aufnahme nur nahtlos nach regulärer Entlassung aus der stationären Entwöhnungsbehandlung Phase I und bei vorliegender Leistungsbewilligung durch den Leistungsträger möglich ist. Wir gehen selbstverständlich davon aus, dass Sie keinen Alkohol oder andere Suchtmittel mit in die Adaption bringen oder vor Aufnahme konsumiert haben. Es erfolgt keine Aufnahme im intoxikierten Zustand.

### Hinweise auf Erledigungen vor der Anreise:

- Bitte beachten Sie, dass der Leistungsträger nur die günstigste Fahrt bezahlt. Ist Ihr Leistungsträger die Deutsche Rentenversicherung, so können Sie Ihre Fahrtkosten direkt vor Ort von uns ausgezahlt bekommen. Bei allen anderen Leistungsträgern rechnen Sie Ihre Fahrtkosten bitte eigenständig ab.
- Die berufliche Situation ist wichtiger Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Sollten Sie aktuell arbeitslos sein bzw. Fragen zur beruflichen Situation haben, bringen Sie bitte soweit vorhanden, Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen (Lebenslauf, Anschreiben, Zeugnisse) mit.
- Wenn Sie von Arbeitslosigkeit betroffen sind ist es wichtig, den Beginn der Behandlung dem Jobcenter zu melden. Sie erhalten vom Kostenträger der medizinischen Rehabilitation (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund) ein Informationsschreiben, welches Sie Ihrem Fallmanager vorlegen müssen.
- Wenn Sie sich in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis befinden oder Krankengeld oder ALG I beziehen, haben Sie in der Regel Anspruch auf Übergangsgeld. Der Bewilligungsbescheid der DRV beinhaltet einen Antrag für das Übergangsgeld (Formblatt G 0510 – G 0518). Formular G 0515 reichen Sie bitte bei Ihrem Arbeitgeber ein, Formular G 0518 bei der zuständigen Krankenkasse. Empfänger von ALG I bringen bitte den Bewilligungsbescheid und, wenn möglich, Aufhebungsbescheid der zuständigen Agentur für Arbeit mit.
- Empfänger des ALG II bekommen während der medizinischen Rehabilitation weiterhin ALG II vom zuständigen Jobcenter.



# Merkblatt zur Aufnahme in die salus adaption Hürth

(Für Ihre Unterlagen!)

## Was Sie unbedingt mitbringen sollten:

Wenn Sie ärztlich verordnete Medikamente einnehmen, möchten wir Sie bitten, die diese unbedingt mitzubringen. Im Gespräch werden unsere Ärzte mit Ihnen vereinbaren, wie wir während Ihrer Adaptionsbehandlung mit der Medikation verfahren. Die Medikamente sind bei Aufnahme zunächst in der Medizinischen Zentrale abzugeben.

**Bitte denken Sie auch daran, uns die ausgefüllten Fragebögen „Lebensumfeld und beruflicher Werdegang“ und „Fragebogen zur Person“ mitzubringen.**

Neben **jahreszeitlich angemessener Bekleidung** sollten Sie unbedingt Folgendes mitbringen:

- Hand- und Badetücher sowie Bettwäsche werden gestellt
- **Versichertenkarte** der Krankenkasse und, falls vorhanden, Zuzahlungsbefreiungskarte, Röntgenpass und Impfpass
- Als Empfänger von ALG II bringen Sie bitte Ihren aktuellen Bewilligungsbescheid mit
- **50,00 € Kautions die Übernahme des Apartments in der salus Adaption, welche sie nach ordnungsgemäßer Rückgabe des Apartments zurückerhalten.**

## **Ankunft in der salus adaption - was Sie am Aufnahmetag erwartet:**

- Bitte melden Sie sich bei der salus adaption, Argeles-sur-Mer-Str. 2, 50354 Hürth, Tel. 02233 8081 837

Von hier aus werden Sie zu unterschiedlichen Aufnahmeterminen aufgerufen (u.a. Verwaltungsaufnahme, medizinische Aufnahme, ärztliche Aufnahme sowie therapeutische Aufnahme). Diese Termine sind schon im Vorfeld fest für Sie eingeplant und reserviert. Eine verspätete Anreise führt unter Umständen zu zeitlichen Verzögerungen, die wir auch in Ihrem Interesse vermeiden wollen. Sollte es bei Ihrer Anreise zu einer absehbaren Verzögerung kommen, informieren Sie uns bitte umgehend.

## Weitere Informationen

- Lassen Sie bitte jede Art von Fernsehgerät und Musikanlagen zu Hause.
- Mediengeräte dürfen genutzt werden, sofern keine Medienabhängigkeit besteht und es nicht zu exzessiven Medienkonsum kommt
- Erlaubt sind „stand alone“ Geräte (z. B. Tablet, Mini-DVB-T, Mini-DVD) mit einer max. Displaygröße von 12 Zoll (24 cm x 18 cm= 30 cm Diagonale).
- Die Nutzung eines Notebooks ist nach Absprache mit Ihrer Bezugstherapeutin/Ihrem Bezugstherapeuten ebenfalls gestattet.
- Alle Mediengeräte dürfen ausschließlich mit Kopfhörern und nur im eigenen Zimmer und außerhalb des Klinikgeländes genutzt werden. Lautsprecher sind aus Rücksichtnahme auf Ihre Mitpatienten nicht gestattet.
- Nicht erlaubt sind PCs, externe Bildschirme, Spiele-Konsolen, TV-Geräte, Beamer, Lautsprecher jeglicher Art inklusive Subwoofer.



# Merkblatt zur Aufnahme in die salus adaption Hürth

(Für Ihre Unterlagen!)

Für die **Pflege Ihrer Kleidung** stehen Ihnen begrenzt Waschmaschinen und Trockner (gegen eine Gebühr von jeweils 2 €) sowie Bügeleisen zur Verfügung.

Bitte beachten Sie, dass alle Gebäude/Räume und das gesamte Klinikgelände der salus kliniken Hürth **rauchfrei** sind. Auf dem Klinikgelände stehen von 06.00 bis 23.00 Uhr die ausgewiesenen Raucherzonen zur Verfügung.

Für weitere Fragen steht Ihnen unsere Kollegen in der Adaption gerne zur Verfügung.

Abschließend wünschen wir Ihnen eine gute und sichere Anreise. Wir freuen uns sehr, Sie bald in der salus adaption Hürth begrüßen zu können!

Mit freundlichen Grüßen  
salus adaption Hürth

**M. Abu Khatir**  
**Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie**  
**Leitender Arzt der Fachklinik für**  
**Abhängigkeitserkrankungen**

**F. Wulf**  
**System. Therapeutin/Familien-**  
**therapeutin (DGSP)**  
**Dipl.-Soz.Päd./Dipl.-Soz. Arb.**  
**Leiterin der salus adaption**