



# Aufnahmemeldung Psychosomatik

(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   | Telefon                            |             |
| <b>Notfallkontakt</b><br>Wen sollen wir im Notfall kontaktieren? | Datum/Unterschrift Rehabilitand*in |             |
| Name, Vorname  | Straße                             |             |
| <b>Hausarzt*ärztin</b>   | Telefon                            |             |
| PLZ      Ort   | Straße                             |             |
| <b>Psychiater*in/Neurolog*in</b>                                 | Telefon                            |             |
| PLZ      Ort   | Straße                             |             |
| <b>Vorbehandelnde*r Psychotherapeut*in</b>                       | Telefon                            |             |
| PLZ      Ort   | Straße                             |             |
| <b>Arbeitgeber*in</b>  | Telefon                            |             |
| PLZ      Ort   | Straße                             |             |



# Aufnahmemeldung Psychosomatik

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

|   |                         |                     |
|---|-------------------------|---------------------|
| <b>Betreuer*in</b>  | Straße                  |                     |
| PLZ      Ort  | Telefon                 |                     |
|   | Fax                     |                     |
| Aktenzeichen  | Zuständiges Amtsgericht |                     |
| Für welche Bereiche wurde die Betreuung eingerichtet?   |                         |                     |
| <b>Krankenkasse</b>   | Straße                  |                     |
| PLZ      Ort  | Telefon                 |                     |
| Krankenversicherungs-Nr.  | Gültigkeit              | Versicherungsstatus |
| <b>Kostenträger</b>   |                         |                     |
| Ich komme voraussichtlich <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant (keine Übernachtung in der Klinik)                                     |                         |                     |
| Wenn vor dem geplanten Aufnahmetermin unvorhergesehen ein Behandlungsplatz für Sie freiwerden sollte, könnten Sie die Reha auch kurzfristig, innerhalb von 1-2 Tagen, antreten? |                         |                     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |                         |                     |
| <b>Grund der Aufnahme / Diagnosen</b> (z. B. Angststörung, Zwänge, Depressionen, Schmerzen usw.):   |                         |                     |
| <b>Aktuelles Gewicht</b>  | <b>Körpergröße</b>      |                     |

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

# Aufnahmemeldung Psychosomatik für das begleitende Kind



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

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Name                              | Vorname   |
| Straße und Hausnummer             | Geburtsdatum  |
| PLZ Ort                           | Geburtsort  |
| <b>Name des Sorgeberechtigten</b> |   |
|                                   | Straße  |
| PLZ Ort                           | Telefon   |
| <b>Schule / Kindergarten</b>      |   |
|                                   | Straße  |
| PLZ Ort                           | Telefon<br>Fax  |
| <b>Kinderarzt*ärztin</b>          |   |
|                                   | Straße  |
| PLZ Ort                           | Telefon<br>Fax  |
| <b>Zuständiges Jugendamt</b>      |   |
|                                   | Straße  |
| PLZ Ort                           | Telefon<br>Fax  |
| <b>Krankenkasse</b>               |   |
|                                   | Krankenversicherungs-Nr.  |
| PLZ Ort                           | Gültigkeit <span style="float: right;">Versicherungsstatus</span> |

Ich bin darüber informiert, dass in der Klinik personenbezogenen Daten meines/meiner Kindes/Kinder 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 Erziehungsberechtigte

# Einwilligung zur elektronischen Datenverarbeitung und Speicherung eines Portraitfotos



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

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Begleitkind:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Frau ,

die salus klinik 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\*innen 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 klinik 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

und die Zustimmung zur Speicherung des Portraitfotos meines/r Kindes/r

\_\_\_\_\_  
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 Frau ,

aus Gründen des Datenschutzes machen wir Sie darauf aufmerksam, dass schon durch die Vermittlung von Telefonaten indirekt bekanntgegeben wird, dass Sie Rehabilitand\*in unserer Klinik 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 Klinik 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 Klinik-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 Klinik personenbezogene Daten von Ihnen 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 Ihrem schriftlichen Einverständnis erfolgen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# Patienteninformation zum Datenschutz

(Für Ihre Unterlagen!)

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Begleitkind:**

**Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Frau ,

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

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)
- Weitere Kontaktdaten (wie Angehörige, Betreuer o.ä.)
- Lichtbild



# Patienteninformation zum Datenschutz

(Für Ihre Unterlagen!)

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die Behandlung zwischen Ihnen und der salus klinik 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 Ärzte\*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.

## **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;



# Patienteninformation zum Datenschutz

(Für Ihre Unterlagen!)

- 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), 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 klinik Hürth Fachklinik für Frauen - Psychosomatik

(Für Ihre Unterlagen!)



**Herzlich Willkommen in der salus klinik Hürth!**

[TxtKi#DefText(SQL\_Kontakte:1010:1010)] [TxtKi#DbField(Nachname)],

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

## **Hinweise auf Erledigungen vor der Anreise:**

- Bitte informieren Sie sich bei Ihrem Kostenträger bzgl. der Erstattung Ihrer Fahrkosten, die für An- und Abreise anfallen.
- Die berufliche Situation ist wichtiger Bestandteil der med. Rehabilitation. Sollten Sie aktuell arbeitslos sein, bzw. Fragen zur beruflichen Situation haben, bringen Sie bitte, soweit vorhanden, Ihre Bewerbungsunterlagen mit.
- Wenn Sie von Arbeitslosigkeit betroffen sind ist es wichtig, den Beginn der Behandlung der Agentur für Arbeit bzw. 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, Krankengeld oder ALG I beziehen, haben Sie in der Regel Anspruch auf Übergangsgeld. Das Ihnen vorliegende Informationsschreiben der Rentenversicherung beinhaltet einen Antrag für das Übergangsgeld (Formblatt G0510). Teil A schicken Sie bitte an die Rentenversicherung, Teil B des Formblatts reichen Sie bitte bei Ihrem Arbeitgeber ein, Teil C bei der zuständigen Krankenkasse.
- Empfänger von ALG II bekommen während der med. Rehabilitation weiterhin ALG II vom Jobcenter.
- **Achtung:** Eine Aufnahme bei **veganer Ernährung** ist leider nicht möglich!

## **Was Sie unbedingt mitbringen sollten:**

**Wenn Sie ärztlich verordnete Medikamente einnehmen, möchten wir Sie bitten, diese unbedingt mitzubringen. Bitte bringen Sie keine Bedarfsmedikamente und keine Schmerzmittel mit! Im Gespräch mit Ihnen werden wir vereinbaren, wie wir während Ihres Aufenthalts mit der Medikation verfahren.** Die Medikamente sind bei Aufnahme zunächst in der Medizinischen Zentrale abzugeben.

**Außerdem bringen Sie bitte Ihre vorliegenden ärztlichen und therapeutischen Berichte sowie ärztliche Gutachten mit bzw. lassen Sie sich diese von Ihren behandelnden Ärzt\*innen/Therapeut\*innen aushändigen. Insbesondere orthopädische und schriftliche radiologische Befunde (keine Bilder!) sind für uns sehr wichtig.**

**Bitte denken Sie auch daran, uns die ausgefüllten Fragebögen zur Lebensgeschichte und zum beruflichen Werdegang mitzubringen.**

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

- **Sportkleidung** (abriebfeste Hallensportschuhe mit heller Sohle), ebenso Sportbekleidung für draußen, Badebekleidung, Badmintonschläger (wenn vorhanden) sowie Brillenträger eine Brille, die sie beim Sport nutzen können (wenn vorhanden).

# Merkblatt zur Aufnahme in die salus klinik Hürth Fachklinik für Frauen - Psychosomatik

(Für Ihre Unterlagen!)



- **Regenschutz**
- **Gebrauchskleidung** bzw. Kleidung, die beim Malen/Werken schmutzig werden kann
- Hand- und Badetücher werden gestellt, ein **großes Saunatuch** bringen Sie bitte mit
- **Versichertenkarte** der Krankenkasse und falls vorhanden Röntgenpass und Impfpass
- **10,00 € als Pfand** für Zimmerschlüsselkarte und Brieffachschlüssel
- **Trinkbecher mit Deckel** für die Pausen (können ansonsten im Haus oder im naheliegenden Einkaufszentrum erworben werden)
- **E-Bikes und E-Roller sind aus brandschutztechnischen Gründen nicht gestattet**

Lassen Sie bitte jede Art von Fernsehgerät und Stereoanlage zu Hause. Ein kleines Radio, MP3-Player oder ein Handy/Smartphone können Sie gerne mitbringen. Das Mitbringen eines Laptops ist selbstverständlich erlaubt.

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

## Ankunft in der Klinik - was Sie am Aufnahmetag erwartet

Bitte melden Sie sich bei Ankunft an unserem Empfang. Von hier aus werden Sie zu unterschiedlichen Aufnahmetermine 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 unter 02233/80810.

## Weitere Informationen

**Zielsetzung der psychosomatischen Rehabilitation** ist im Schwerpunkt eine Klärung sowie ein Training ihrer Leistungs- und Erwerbsfähigkeit. Hierbei unterstützen wir Sie darin, mit Ihrer Erkrankung selbstbestimmt umzugehen, Bewältigungsstrategien aufzubauen und trotz Einschränkungen am Arbeitsleben und der Gesellschaft teilzunehmen.

In der **Frauenklinik** ist der Bettenbereich ausschließlich für Frauen vorgesehen. Selbstverständlich ist es möglich, sich in den öffentlichen Bereichen der Klinik (Cafeteria/Empfangshalle) und bei Bedarf in separaten Bereichen mit männlichen Angehörigen sowie generell mit Partner\*Innen/Besucher\*Innen zu treffen.

Der Rentenversicherungsträger geht davon aus, dass Sie während des stationären Aufenthaltes in der salus klinik **keine Heimfahrten** durchführen. Dies ist unabhängig davon, wie weit der Heimatort von der Klinik entfernt ist. Ausnahmen sind nur nach Abstimmung und Genehmigung durch Ihre\*n Therapeut\*in möglich.

Bitte beachten Sie, dass alle Gebäude/Räume und das gesamte Klinikgelände der salus klinik Hürth **rauchfrei** sind und dass während der medizinischen Rehabilitation keine psychotropen Substanzen eingenommen werden dürfen (einschließlich Alkohol). Das Rauchen ist in der Zeit von 00:00 bis 06:00 Uhr auch an den ausgewiesenen Rauchzonen nicht gestattet. Eine Aufnahme kann nur bei Substanzfreiheit erfolgen.

# Merkblatt zur Aufnahme in die salus klinik Hürth Fachklinik für Frauen - Psychosomatik

(Für Ihre Unterlagen!)



**Wir bitten Sie, ausschließlich die öffentlichen Parkplätze in der Nähe der Klinik zu nutzen. Es gibt keine der Klinik zugehörigen Parkplätze.**

Für weitere Fragen stehen Ihnen unsere Kolleg\*innen im Aufnahmesekretariat Psychosomatik gerne zur Verfügung.

Stefanie Quadt, Telefon 02233 8081-847  
s.quadt@salus-huerth.de

Stephan Mauer, Telefon 02233 8081-847  
s.mauer@salus-huerth.de

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

Mit freundlichen Grüßen  
salus klinik Hürth

Inés Frege  
Leitende Ärztin der Psychosomatischen Fachklinik

# Informationen zu Ihrem Aufenthalt mit Kind in die salus klinik Hürth Fachklinik für Frauen

(Für Ihre Unterlagen!)



Wir wünschen Ihnen einen guten Start in die gemeinsame Zeit mit Ihrem Kind unter unserem Dach. Wir möchten uns Ihnen zunächst vorstellen. Ergänzend zu Ihrer elterlichen Betreuung und Versorgung Ihrer Kinder bilden wir ein Team, das im ständigen Austausch arbeitet und gut mit allen Fachleuten in der Klinik vernetzt ist. Zu dem Team gehören die Erzieherinnen, die unser Kinderhaus salus Wichtel führen, eine Grundschullehrerin, für die Beschulung der schulpflichtigen Begleitkinder sowie eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin und eine Systemische Familientherapeutin.

- Die Betreuungszeiten im Kinderhaus sind wie folgt geregelt:

Montag: 8:00-12:00 Uhr und 13:00-17:15 Uhr  
Dienstag: 8:00-12:00 Uhr und 13:00-17:15 Uhr  
Mittwoch: 8:30-12:00 Uhr und 13:00-17:15 Uhr  
Donnerstag: 8:00-12:00 Uhr und 13:00-17:15 Uhr  
Freitag: 8:00-12:00 Uhr und 13:00-17:15 Uhr

Die Betreuungszeiten können je nach Therapieplan, Mutter-Kind-Bindung und entsprechenden Entwicklungsaufgaben individuell angepasst werden. Hierzu werden wir mit Ihnen im Behandlungsverlauf ins Gespräch gehen.

- In der Eingewöhnungsphase Ihres Kindes werden Sie von den Erzieherinnen begleitet. Auch hier wird individuell auf die Bedürfnisse des Kindes eingegangen und die Betreuungszeit so gestaltet, dass Sie gut in die Behandlung einsteigen können.
- Bei Erkrankung Ihres Kindes wenden Sie sich bitte an unsere Ärzte. Im Bedarfsfall erhalten Sie von der MZ die Kontaktdaten eines Kinderarztes, mit dem wir zusammenarbeiten. Die Betreuung des erkrankten Kindes liegt bei Ihnen. Es ist nicht möglich erkrankte Kinder von den salus Wichteln oder alternativ betreuen zu lassen.
- Wir bitten Sie sich zu den folgenden Zeiten mit Ihren Kindern auf die Zimmer zu begeben und die Abendruhe einzuläuten:  
Sonntag – Donnerstag: 20:00 Uhr  
Freitag – Samstag: 21:00 Uhr  
Bitte lassen Sie Ihre Kinder beim Schlafen nicht alleine im Zimmer. Beachten Sie, dass Sie für Ihre Kinder die Aufsichtspflicht haben.
- Eltern sind die wichtigsten Vorbilder, daher begrüßen wir sehr, wenn Sie sich mit Ihren Kindern nicht im Raucherbereich aufhalten. Die Kinder können auf dem angrenzenden Gelände, in Sichtweite des überdachten Raucherpunktes, spielen.
- Bitte achten Sie auf angemessene Bekleidung ihrer Kinder.