****

**Anamnesebogen zur Beantragung einer Gesundheitsmaßnahme**

**Art der Gesundheitsmaßnahme:**

Mutter/Vater/Kind Kur [ ]  Vorsorge §24 SGB V [ ]  Reha §41 SGB V

Ambulante Vorsorgemaßnahme [ ]  2 Wochen [ ]  3 Wochen

Rehabilitation [ ]  für Kinder [ ]  für Erwachsene

Sonstige Maßnahme [ ]  Akutaufnahme [ ]  Mütter/Väter Kur [ ]  Schwangerenkur

**Persönliche Daten des Antragstellers**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |       | Geb. Datum: |       |
| Anschrift:  |       |
| Telefon: |       | Mobil: |       | Mail: |       |
| Krankenkasse: |       | [ ]  selbst versichert  | [ ]  familienversichert | [ ]  privat  |
| Versicherungsnummer: |       | Personalnummer.: |       |
| [ ]  Beihilfe, zuständige Beihilfestelle: |       |
| Familienstand:  | [ ]  ledig  | [ ]  LG | [ ]  verheiratet  | [ ]  in Trennung |
|  |  | [ ]  verwitwet  | [ ]  geschieden  | [ ]  alleinerziehend |
| Berufstätig:  | [ ]  ja [ ]  nein  | Stunden/Woche:    | Beruf: |       |
| Anmerkungen zum Beruf:  |       |
|       |
|  |
| **Betreuung durch eine Beratungsstelle der Gesundheitsberatung Deutschland**  [ ]  ja [ ]  nein |
| Name der Beratungsstelle: |       | Ansprechpartner: |       |
| Anschrift: |       |
| Telefon: |       | Fax:       |
| Mobil:  |       | Mail:       |

Mit meiner Unterschrift beauftrage ich oben genannte Beratungsstelle der Gesundheitsberatung Deutschland, meine Interessen im ambulanten Gesundheitsbereich und meine Belange bei Ärzten, Kliniken, Kostenträgern und Therapieeinrichtungen zu vertreten. Zu diesem Zweck entbinde ich im Rahmen der beantragten Gesundheitsmaßnahem meine mich behandelnden Ärzte und deren zweckmäßig tätigen Gehilfen sowie Auszubildenden von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Gesundheitsberatung Deutschland und der oben genannten Beratungsstelle und deren mit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten Beschäftigten, dem Kostenträger und dem einweisenden Arzt. Eine gültige Datenschutzerklärung wurde mir ausgehändigt und von mir zu Kenntnis genommen. Dieser stimme ich hiermit ausdrücklich zu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller Unterschrift Beratungsstelle

**Daten der Kinder**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Name, Vorname: |       | Geb. Datum: |       |
| Notwendigkeit zur Teilnahme an der Maßnahme gegeben? | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  Begleitkind [ ]  Therapiekind |
| Krankenkasse: |       | Versicherungsnummer:  |       |
| versichert bei:  | [ ]  Mutter [ ]  Vater |  |  |
| Diagnosen: |       |
| Anmerkungen: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Name, Vorname: |       | Geb. Datum: |       |
| Notwendigkeit zur Teilnahme an der Maßnahme gegeben? | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  Begleitkind [ ]  Therapiekind |
| Krankenkasse: |       | Versicherungsnummer:  |       |
| versichert bei:  | [ ]  Mutter [ ]  Vater |  |  |
| Diagnosen: |       |
| Anmerkungen: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. Name, Vorname: |       | Geb. Datum: |       |
| Notwendigkeit zur Teilnahme an der Maßnahme gegeben? | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  Begleitkind [ ]  Therapiekind |
| Krankenkasse: |       | Versicherungsnummer:  |       |
| versichert bei:  | [ ]  Mutter [ ]  Vater |  |  |
| Diagnosen: |       |
| Anmerkungen: |       |

**Die Aufnahme des Kindes / der Kinder während der Maßnahme ist erforderlich:**

[ ]  Ja, weil das Kind / die Kinder selbst kurbedürftig ist / sind

[ ]  Ja, um das Behandlungsziel zu erreichen

[ ]  Ja, weil eine Trennung des Kindes / der Kinder von der Mutter / dem Vater nicht zumutbar ist

[ ]  Nein

**Gesundheitliche Beschwerden / Störungen / Erkrankungen des Antragstellers**

[ ]  Häufige Kopfschmerzen

[ ]  Ständige Müdigkeit / Erschöpfung

[ ]  Schlafstörungen

[ ]  Stimmungsschwankungen / Gereiztheit

[ ]  Konzentrationsstörungen / Vergesslichkeit

[ ]  Ängste / innere Unruhe

[ ]  Niedergeschlagenheit / depressive Verstimmung

[ ]  Rückenschmerzen

[ ]  Übergewicht /Untergewicht

[ ]  Stoffwechselerkrankungen

[ ]  Erkrankungen des Bewegungsapparates

[ ]  Atemwegbeschwerden / -erkrankungen

[ ]  Blasen-, Nierenbeschwerden / -erkrankungen

[ ]  Suchterkrankungen

[ ]  Sonstige:

**Ernährungsgewohnheiten:**

[ ]  regelmäßig [ ]  gesund [ ]  ausgewogen [ ]  vegetarisch

[ ]  vegan [ ]  sonstige:

**Persönliche Belastungsfaktoren**

[ ]  Mehrfachbelastung

[ ]  Schwere Überlastungszustände

[ ]  Burn-Out-Syndrom

[ ]  Ständiger Zeitdruck

[ ]  Erziehungsprobleme

[ ]  Probleme in der Familie

[ ]  Alleinerziehend

[ ]  Todesfall in der Familie

[ ]  Trennung / Scheidung

[ ]  Behindertes oder chronisch krankes Kind

[ ]  Pflegebedürftige Angehörige

[ ]  Stress im Arbeitsleben / Schichtarbeit

[ ]  Eigene Arbeitslosigkeit / Arbeitslosigkeit der Familie

[ ]  Finanzielle Herausforderungen

[ ]  Fehlende Sozialkontakte

[ ]  Belastende Wohnverhältnisse

[ ]  Andere:

**Insgesamt fühle ich mich in:**

[ ]  Guter Verfassung

[ ]  Mittlerer Verfassung

[ ]  Schlechter Verfassung

[ ]  Sehr schlechter Verfassung

**Ambulante und gesundheitsfördernde Maßnahmen wurden durchgeführt:**

[ ]  Nein

[ ]  Nicht möglich, weil:

[ ]  Ja

[ ]  Welche:

**Erwartungen an die Kur**

[ ]  Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung / Besserung / Wiederherstellung meiner Gesundheit

[ ]  Anregungen zur gesunden Lebensführung / Stärkung der Selbstheilungskräfte

[ ]  Unterbrechung des Kreislaufes von Überlastung / Erschöpfung / psychischen

 und körperlichen Beschwerden

[ ]  Hilfe zur Selbsthilfe

[ ]  Gesundheitliche Stabilisierung für mein Kind / meine Kinder

[ ]  Andere:

**Klinikwunsch gemäß § 8 Abs. 1 SGB IX. :**

**Begründung:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller Unterschrift Beratungsstelle

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Liebe Klienten,

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

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Gesundheitsberatung Deutschland GbR (i.G.)

vertreten durch: Kurberatung Mit-Kind-in-Kur.de, Konstanze Nord

Gartenstr. 48, 74394 Hessigheim

Tel./Fax: 07143/3812348, Mail: konstanze.nord@aufWERTs.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter eben genannten Kontaktdaten.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Dienstleistungsvertrag zwischen Ihnen und der Gesundheitsberatung Deutschland und der durch sie beauftragten Kurberatungsstellen und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen und Empfehlungen zu Gesundheitsmaßnahmen die wir erheben, sowie Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ihre zuständigen Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Erfüllung unserer Dienstleistung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Beratung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Rententräger sowie Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen sein.

Die Übermittlung erfolgt hauptsächlich zum Zwecke der mit ihnen vereinbarten Beratungsleistung zur Klärung von sich aus dem Beratungsprozess ergebenden medizinischen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Beratung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 3 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

5. 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 steht 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.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Gesundheitsberatungsteam