

Einverständniserklärung Teilnahme am Projekt „Reha-Eilverfahren Psychosomatik“ und Antragsübermittlung an die Schussental-Klinik gGmbH

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der akutstationären Behandlung wurde Ihnen eine psychotherapeutisch-psychosomatische Rehabilitationsbehandlung empfohlen.

Die DRV Baden-Württemberg, das ZfP Südwürttemberg und die Schussental-Klinik haben ein Projekt vereinbart, mit dem der schnellere Übergang von Patienten aus der Akutversorgung in die psychosomatische Rehabilitation gefördert werden soll.

Dieses Angebot steht allen bei der DRV Baden-Württemberg versicherten Patienten und Patientinnen des ZfP Südwürttemberg, der Schussental-Klinik Aulendorf, der Sonnenbergklinik Stuttgart, der PP.rt Reutlingen und des ZfP Reichenau offen.

Sie können bereits während des Aufenthaltes in einer dieser Kliniken bzw. während Ihrer ambulanten Behandlung in einer vom ZfP betriebenen Ambulanz einen Antrag auf vollstationäre oder tagesklinische Rehabilitationsbehandlung in der Schussental-Klinik Aulendorf stellen. Nach Zustimmung durch den Rentenversicherungsträger wird ein zeitnahe Aufnahme-termin in der Schussental-Klinik vereinbart. Zur Übermittlung der Reha-Antragsunterlagen besteht das folgende, spezifische Verfahren:

Die Reha-Antragsunterlagen werden an die Patientendatenverwaltung der Schussental-Klinik übermittelt und von dort aus per Fax an die DRV Baden-Württemberg, Fachbereich Rehabilitation, gesendet. Nach Überprüfung des Antrages wird die Entscheidung von der DRV Baden-Württemberg an die Patientendatenverwaltung der Schussental-Klinik mitgeteilt und von den Mitarbeiterinnen der Patientenaufnahme an Sie weitergegeben.

Ggf. ist es nützlich, auch die Behandler der Akuteinrichtung (Arzt/Ärztin oder Sozialdienst) über die Antragsentscheidung zu informieren - aber nur sofern von Ihnen explizit gewünscht (s.u.).

Wenn Sie an diesem Projekt teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die nachstehende Einverständniserklärung in doppelter Ausführung zu unterschreiben. Ein Exemplar ist zu Ihrem Verbleib bestimmt. Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Für Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Patientendatenverwaltung bzw. Patientenaufnahme zur Verfügung:

Doris Büchelmaier Tel: 07525/932726 > doris.buechelmaier@schussental-klinik.de

Sabine Marquart Tel: 07525/932729 > sabine.marquart@schussental-klinik.de

Karin Varnica Tel: 07525/932728 > karin.varnica@schussental-klinik.de

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. C. Albani, MBA

Medizinische Geschäftsführerin der Schussental-Klinik gGmbH

Absender Antragsteller Psychosomatische Rehabilitationsbehandlung:

An die
Schussental-Klinik gGmbH
Patientendatenverwaltung, z.H. Frau Varnica
Safranmoosstr. 5
88326 Aulendorf

- Ausfertigung für die Schussental-Klinik gGmbH
- Zum Verbleib beim Patienten / der Patientin

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Projekt „Reha-Eilverfahren Psychosomatik“ und Antragsübermittlung an die Schussental-Klinik gGmbH

Hiermit erkläre ich _____, geb. am _____,

dass ich am Projekt „Reha-Eilverfahren Psychosomatik“ teilnehmen möchte und bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg versichert bin.

Ich wurde über das spezifische Übermittlungsverfahren für die Antragstellung aufgeklärt.

Ich bin einverstanden, dass meine Reha-Antragsunterlagen (G100, G 110, Reha0200 sowie ggf. G115, G160, G161) an die Patientendatenverwaltung der Schussental-Klinik übermittelt werden.

Ich bin einverstanden, dass die Antragsunterlagen dann durch die Patientendatenverwaltung bzw. Patientenaufnahme der Schussental-Klinik an die DRV Baden-Württemberg, Fachbereich Rehabilitation, übermittelt werden.

Ich bin einverstanden, dass das Ergebnis der Antragsprüfung von der DRV Baden-Württemberg an die Patientendatenverwaltung der Schussental-Klinik mitgeteilt und von dort an mich weitergeben wird.

Für die Aufnahmeplanung und zur Abstimmung im Antragsverfahren bin ich für die Mitarbeiterinnen der Patientendatenverwaltung der Schussental-Klinik (Fr. Varnica, Fr. Büchelmaier, Fr. Marquart) unter folgender Telefonnummer erreichbar:

_____ .

Bitte geben Sie das Ergebnis der Antragsprüfung auch an folgende Behandler in der Akutversorgungseinrichtung weiter:

- Behandelnder Arzt/Ärztin: _____ Tel.Nr. _____
- Sozialdienst Hr./Fr. _____ Tel.Nr. _____

Datum: _____

Unterschrift: _____