



Heiligenfeld
Leben lieben



Aufnahmeunterlagen

für privat versicherte

Kinder

(3–13 Jahre)

Heiligenfeld GmbH - Klinik Waldmünchen
Familienklinik

Krankenhausstraße 3, 93449 Waldmünchen

Tel: 09972/308-0 - Fax: 09972/308-115

www.heiligenfeld.de

waldmuenchen@heiligenfeld.de

Inhalt:

Der Weg in die Heiligenfeld Klinik – Allgemeine Informationen

Wichtige Bearbeitungshinweise und Checkliste zu benötigten Unterlagen

Selbstdarstellungsbogen für Kinder 3-13 Jahre

Datenschutzinformationen

Einwilligung der Sorgeberechtigten zur Bedarfsmedikation

Informationen schulpflichtige Patientenkinder / Schutzimpfungen

Fragebogen für den*die Arzt*Ärztin/Therapeuten*Therapeutin

Fragebogen, Information und Hilfestellung für Arzt*innen/Therapeut*innen

Aufnahmeanträge, Abtretungserklärung und Allgemeine Vertragsbedingungen

Der Weg nach Heiligenfeld für Kinder

(privat versichert)

Liebe Interessentin, lieber Interessent, liebe Mutter, lieber Vater, liebe Sorgeberechtigte,

Sie möchten mit Ihrem Kind zur stationären psychosomatischen Therapie in unsere Klinik kommen. Um Ihnen die Aufnahme in unsere Klinik zu erleichtern, haben wir für Sie auf den nächsten Seiten die wichtigsten Informationen und die Aufnahmeunterlagen für privat versicherte Kinder zusammengestellt.

Damit Sie sich und Ihr Kind auch persönlich gut vorbereiten können, möchten wir Ihnen außerdem einen kurzen Überblick zur Therapie mit Kindern in unserem Haus geben.

Ihr Kind wird in unserer Kindertherapiestätte (KITS) in altersentsprechenden Gruppen betreut. Grundlage des pädagogischen und therapeutischen Handelns in der Kindertherapiestätte ist die innere Haltung des Erwachsenen dem Kind gegenüber - Liebe, Achtsamkeit Geborgenheit und Grenzen.

Unser Konzept und somit die Begleitung und Förderung aller Kinder und Ihrer Familien, stützt sich auf die Grundlagen der Heiligenfelder Leitlinien, dem Bayerischen Kinder - und Betreuungsgesetz, moderner lern - und entwicklungspsychologischer Erkenntnisse und den Grundlagen der "Vorbereiteten Umgebung" von Maria Montessori.

Hier schaffen wir für unsere Kinder eine Umgebung, in der sie mit therapeutischer Begleitung neue soziale und emotionale Erfahrungen machen können. In der vertrauten Kindergruppe üben sie, nährenden Beziehungen zu anderen aufbauen und halten zu können.

Individuelle Wochenziele motivieren die Kinder, nötige Lernschritte auszuprobieren und einzuüben.

Für unsere Patientenkinder gestalten wir durch bindungs-, verhaltens-, kreativ- und spieltherapeutische Angebote einen zusätzlichen Heilraum, das "therapeutisch begleitete freie Spiel".

Eltern und Kinder nehmen an verschiedenen bindungstherapeutischen Angeboten teil, die aufbauend ineinandergreifen. Ziel ist immer der Aufbau einer guten tragfähigen Beziehung mit akuter Entlastung der Familie.

Der gemeinsame Prozess von Eltern und ihren Kindern wird durch wöchentlich vereinbarte Eltern-Kind-Ziele unterstützt und begleitet.

Grundsätzliches für die Aufnahme von Kindern (3-13 Jahre):

Der konzeptionelle Ansatz der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen ist familiensystemisch.

Kinder von 3-13 Jahren, können daher nur gemeinsam mit (mindestens) einem Elternteil/Sorgeberechtigten aufgenommen werden, der*die selbst als Patient*in zu uns kommt. Eine Aufnahme als Begleitperson ist nicht möglich.

Kinder unter 14 Jahren werden nicht alleine aufgenommen.

Wie lange dauert der Aufenthalt in der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen?

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Langzeittherapie der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen beträgt etwa acht Wochen. Je nach individuellem Therapieverlauf kann die Verweildauer auch verlängert werden.

Ihr*e Bezugstherapeut*in wird das in jedem Fall mit Ihnen absprechen.

Wie sind Sie untergebracht?

Eltern wohnen gemeinsam mit Ihren Kindern in so genannten Familienzimmern. Je nach Alter und Anzahl der Kinder kann das in einem Zimmer sein, oder auch in mehreren verbundenen Zimmereinheiten.

Weitere Informationen?

In den Unterlagen für die Erwachsenen finden Sie weitere Informationen.

Die Anmeldung erfolgt nicht durch Anruf oder Zusendung einzelner Unterlagen.

Erst wenn alle Unterlagen vollständig eingegangen sind, werden sie formell bearbeitet und dann durch die Aufnahmepsycholog*innen abschließend geprüft. Erst dann sind Sie angemeldet und werden auf der Warteliste geführt.

Der Ablauf Ihrer Anmeldung

1. Schritt:

Sie senden uns die vollständigen Aufnahmeunterlagen zu.

Bearbeitungshinweise:

- Bitte verwenden Sie nur die Unterlagenpakete der Heiligenfeld Klinik **Waldmünchen**
- **Jede*r** Patientin*Patient benötigt **jeweils eigene** Aufnahmeunterlagen (auch Begleitkinder)
- Achten Sie auf Lesbarkeit und darauf, **alle** Fragen sorgfältig zu beantworten und **alle** Unterschriften zu setzen
- Wir benötigen für **jeden, immer, die persönlichen Kontaktdaten**, auch bei Jugendlichen
Sie können, wenn gewünscht, Telefonnummer und Email-Adresse der Eltern/Sorgeberechtigten **zusätzlich** angeben
- Senden Sie uns die Unterlagen bitte **erst**, wenn sie **komplett** zusammen- und fertiggestellt sind, so vermeiden Sie Verzögerungen in der Bearbeitung.
- Bitte die Seiten nicht tackern, sondern eine Büroklammer verwenden
- Am Besten schicken Sie uns die fertiggestellten Unterlagen auf dem **Postweg** zu
- Gerne können Sie die Unterlagen zunächst auch per Email zur Bearbeitung einreichen.
Dafür ebenfalls vollständig fertig- und zusammenstellen und **ausschließlich** im **PDF-Format** (**nicht** als Foto) senden
- **Aufnahmeantrag, Abtretungserklärung** u. **Selbstdarstellungsbogen** benötigen wir **immer** im **Original** (per Post)
- Bitte schicken Sie uns **keine** Unterlagen **per FAX**

2. Schritt:

Wir starten die Bearbeitung und prüfen zunächst formell – sind alle Unterlagen da, wurden sie vollständig und ausreichend ausgefüllt, sind alle Unterschriften gesetzt, etc.. Dann senden wir Ihnen eine Bestätigung und **Ihr persönliches Passwort per Post**. Noch fehlende oder unvollständige Unterlagen fordern wir an.

3. Schritt:

Ihre Unterlagen werden von der Aufnahmepsychologin geprüft. Sie stellt fest, ob wir das geeignete Haus für Ihre Bedürfnisse sind. Gegebenenfalls setzt sie sich für Rückfragen telefonisch mit Ihnen in Verbindung.

Im Anschluss erfolgt die Freigabe oder eine Absage Ihrer Aufnahme.

In jedem Fall erhalten Sie dazu eine Nachricht von uns.

4. Schritt:

Nach der Freigabe ist Ihre Anmeldung abgeschlossen und wir können Sie auf unserer Warteliste führen.

Erst JETZT beginnt die Wartezeit zu laufen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir keine Wunschtermine anbieten. Wir gehen davon aus, dass Menschen, die sich bei uns anmelden, bereit sind anzureisen, sobald wir freie Plätze haben.

5. Schritt:

Wir kontaktieren Sie ca. **8-14 Tage** vor einem möglichen Aufnahmetermin telefonisch und/oder per Email.

Wenn Sie auf der Standby-Liste geführt werden, ist der Zeitraum ggf. deutlich kürzer (ggf. **4-5 Tage**).

Wichtig: Erreichbarkeit

- Unsere **Anschreiben** versenden wir aus ökologischen Gründen **grundsätzlich per Email**.
Geben Sie bitte eine gültige Email-Adresse an, deren Posteingang Sie mindestens täglich überprüfen.
- Bitte unbedingt die korrekte Telefon- und/oder Mobilnummer angeben, unter der Sie zuverlässig erreichbar sind. Sollten Sie einen Anrufbeantworter oder die Mobilbox verwenden, stellen Sie bitte sicher, dass Sie die Nachrichten regelmäßig abhören und unsere Rückrufbitte Sie erreichen kann.
- Bitte teilen Sie uns alle Änderungen umgehend mit.
Wenn wir einen freien Platz haben, Sie aber nicht erreichen, führt dies u.U. zu längeren Wartezeiten.

Die vorab benötigten Unterlagen:

- Im **Original** Den eigenhändig, handschriftlich und vollständig ausgefüllten Selbstdarstellungsbogen inkl. aller Unterschriften (in unserem Unterlagenpaket)
- Als **Kopie** einen aktuellen ärztlichen, oder therapeutischen Bericht nicht älter als **3-4** Monate und/oder den ausgefüllten Arztfragebogen (in unserem Unterlagenpaket)
- Als **Kopie** Entlassberichte stationärer Voraufenthalte (psychiatrisch/psychosomatisch (letzte **5** Jahre), falls zutreffend)
- Im **Original** Einwilligung der Sorgeberechtigten zur Bedarfsmedikation (falls gewünscht)
- Im **Original** Aufnahmeantrag
- Im **Original** Abtretungserklärung für die Direkt-Abrechnung mit dem Versicherer (*Info s.u.)
- Als **Kopie** **Kostenzusage** der privaten Krankenkasse, **inkl. der Bestätigung unseres konkreten Tagessatzes in EUR**, lt. Aufnahmeantrag
- Als **Kopie** **Kostenzusage/Bestätigung** der Beihilfestelle (für Beihilfeberechtigte), **inkl. der Bestätigung unseres konkreten Tagessatzes in EUR**, lt. Aufnahmeantrag

Den **Aufnahmeantrag**, die **Abtretungserklärung** und den **Selbstdarstellungsbogen** benötigen wir **immer** auch im Original (per Post)

Alle übrigen Aufnahmeunterlagen bitte nur in **Kopie** einreichen.

! Aus Datenschutzgründen senden wir keinerlei Unterlagen zurück !

Wichtig – Ihre Daten!

Im weiteren Aufnahmeprozess und beim Aufenthalt gehen wir nur mit den Eltern, bzw. Sorgeberechtigten, persönlich in Kontakt. Sollen wir auch mit Therapeut*in/Arzt*in, Betreuer*innen, Partner*in, Krankenkassen oder weiteren Personen sprechen können, benötigen wir vorab jeweils eine Schweigepflichtentbindung (Teil des Selbstdarstellungsbogens). **Zusätzlich benötigen wir immer auch das Datenschutz-Passwort, das Sie als Eltern, bzw. Sorgeberechtigte mit unserem ersten Schreiben bekommen.**

Gerne stehen wir zur Verfügung wenn Fragen auftauchen, melden Sie sich einfach.

Telefonisch erreichen Sie uns unter **09972/308-0**

Montag bis Donnerstag	08:00 Uhr bis 12:30 Uhr und 13:00 Uhr bis 16:30 Uhr
Freitag	08:00 Uhr bis 12:30 Uhr und 13:00 Uhr bis 14:00 Uhr

Sie können uns auch eine Nachricht an aufnahme.waldmuenchen@heiligenfeld.de mit Ihren Fragen schicken.

Weitere Informationen zu den Heiligenfeldkliniken finden Sie auf der Internetseite www.heiligenfeld.de.

Schöne Grüße vom Aufnahmeteam der

Heiligenfeld Klinik Waldmünchen
Familienklinik

* INFORMATIONEN FÜR SORGBERECHTIGTE ZUR KOSTENÜBERNAHME

Die Heiligenfeld Klinik Waldmünchen führt **nur vollstationäre Krankenhausbehandlungen** durch. Kur, Rehabilitations- oder Sanatoriums-Behandlungen werden **nicht** angeboten.

Eine Krankenhausbehandlung ist indiziert, wenn:

- eine entsprechende Schwere der Erkrankung vorliegt,
- ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind oder nicht mehr ausreichen,
- eine entsprechend komplexe oder intensive Behandlung erforderlich ist, die nur unter stationären Bedingungen stattfinden kann oder
- die Symptomatik eine ständige ärztliche bzw. therapeutische Betreuung erfordert

Die Kostenübernahme für eine **Krankenhausbehandlung** wird direkt bei der Privatkasse bzw. Beihilfestelle beantragt. Meist ist der Antrag vom behandelnden Arzt*Ärztin (möglichst Facharzt*in), zu stellen, da die Notwendigkeit durch eine **ärztliche Bescheinigung** und eine **Krankenhauseinweisung** medizinisch begründet sein muss (siehe auch beil. Musterantrag). Besprechen Sie dies am besten vorab mit der Versicherung/Beihilfestelle.

Falls eine **Beihilfeberechtigung** besteht, benötigen wir zusätzlich eine Bestätigung über Ihre Beihilfeberechtigung für einen stationären Krankenhausaufenthalt. Diese können Sie telefonisch bei Ihrer zuständigen Beihilfestelle anfordern.

Es besteht selbstverständlich auch die Möglichkeit als **Selbstzahler*in** in unsere Klinik zu kommen. Die aktuellen Tagessätze können Sie gerne bei unserem Aufnahmeteam erfragen.

Bei privat Versicherten kann es zu unterschiedlichen Eigenanteilen und Kostenerstattungen unserer Tagessätze kommen.

-> Lassen Sie sich, zu **Ihrer Kostensicherheit**, von der Beihilfestelle und der privaten Krankenkasse immer unseren **konkreten Tagessatz in EUR** (lt. Aufnahmeantrag) **bestätigen**.

Nach Eingang aller Unterlagen setzen wir uns bezüglich entstehender Eigenanteile mit Ihnen in Verbindung.

INFORMATIONEN ZUR ABTRETUNGSERKLÄRUNG (ANLAGE)

Wir möchten den Ablauf des Aufenthaltes für die Jugendlichen so angenehm wie möglich gestalten und bieten Ihnen mit der beiliegenden Abtretungserklärung an, sämtliche Rechnungsbeträge direkt mit Ihrem zuständigen Kostenträger abzurechnen.

Hierzu benötigen wir vorab Ihr Einverständnis und bitten Sie bei Interesse die beiliegende Abtretungserklärung zu unterschreiben und an uns zurück zu senden.

Bei Privatversicherten betrifft dies in der Regel Ihre Privatkasse.



Selbstdarstellungsbogen Patientenkinder (ab 3 Jahren)

ALLGEMEINES

WIE SIND SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Freunde/ Bekannte
 Ärztin*Arzt/Therapeut*in
 Beratungsstelle/ Jugendamt
 Internet
 sonstiges:

Bitte lesen Sie sich alle Fragen genau durch!

Die **sorgfältige, eigenhändige** und **vollständige** Beantwortung aller Fragen ist Voraussetzung für die weitere Bearbeitung Ihrer Anfrage!

Wichtig: Wir bitten um Beachtung unserer beigelegten Bearbeitungshinweise.

WAREN SIE SCHON MAL GAST AN UNSEREM KENNENLERN-TAG?

- Nein Ja, am

DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

BEHANDLUNGSWUNSCH

ART DER BEHANDLUNG

- Reguläre Langzeit-Therapie (Ø Aufenthaltsdauer ca. 8 Wochen)

1. ANGABEN ZU IHREM KIND

weiblich männlich Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Staatsangehörigkeit: D TR A sonstige: _____

NAME, VORNAME: _____

STRASSE, HAUSNUMMER: _____

PLZ, WOHNORT: _____

TELEFONNUMMER: _____

WIR WÜRDEN UNS
HIER ÜBER EIN FOTO
IHRES KINDES
FREUEN.
DANKE!

JA, GELESEN

Sorgeberechtigte/Eltern werden nur als Patientinnen*Patienten (nicht als Begleitpersonen) aufgenommen. Kinder können erst ab 14 Jahren alleine zu uns kommen.

2. KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS:

- gesetzlich privat beihilfeberechtigt

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE _____

3. ANGABEN ZUM EINWEISENDEN ARZT UND DEM AKTUELLEM BEHANDLER/THERAPEUTEN

EINWEISENDE* R ÄRZTIN/ARZT ODER THERAPEUT* IN

BEHANDELNDE* R ÄRZTIN*ARZT ODER THERAPEUT* IN

Name, Vorname _____

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Email-Adresse: _____

4. JUGENDAMT

IST DAS JUGENDAMT IN DIE BETREUUNG/ERZIEHUNG EINBEZOGEN?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie hier bitte den Namen, die Funktion und die Telefon-Nr. des*der Betreuers*in an

Falls das Jugendamt involviert ist, benötigen wir einen aktuellen Bericht oder einen aktuellen Hilfeplan.

5. SORGERECHT

	NAME	AUFNAHME ALS PATIENT*PATIENTIN	HAT DAS SORGERECHT	HAT ALLEINIGES SORGERECHT
MUTTER		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
VATER		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
PFLEGEELTERN		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
AMTSVORMUND*IN		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Wir benötigen die Einverständniserklärung **aller** sorgeberechtigten Personen. Sie ist **zwingend erforderlich**.
Ohne die o.a. Angaben und die Unterschrift(en) auf **Seite 6** ist eine Aufnahme **nicht** möglich.*

6. LEBENSITUATION

a) WOHSITUATION

bei den Eltern lebend

bei der Mutter lebend

beim Vater lebend

Wechselmodell Mutter/Vater

bei Adoptiveltern lebend

bei Pflegeeltern lebend

bei anderen Ersatzeltern lebend

in Einrichtung lebend

in Reha/Therapieeinrichtung

b) BESTEHT KONTAKT ZUM GETRENNT LEBENDEN ELTERNTEIL?

kein Kontakt

selten

regelmäßig

c) NEUE* R PARTNER* IN LEBT MIT IN HÄUSLICHER GEMEINSCHAFT?

Ja

Nein

d) BESUCHT EINE KITA

Ja

Nein

3. ANGABEN ZUM EINWEISENDEN ARZT UND DEM AKTUELLEM BEHANDLER/THERAPEUTEN

EINWEISENDE* R ÄRZTIN/ARZT ODER THERAPEUT* IN

BEHANDELNDE* R ÄRZTIN*ARZT ODER THERAPEUT* IN

Name, Vorname _____

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Email-Adresse: _____

4. JUGENDAMT

IST DAS JUGENDAMT IN DIE BETREUUNG/ERZIEHUNG EINBEZOGEN?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie hier bitte den Namen, die Funktion und die Telefon-Nr. des*der Betreuers*in an

Falls das Jugendamt involviert ist, benötigen wir einen aktuellen Bericht oder einen aktuellen Hilfeplan.

5. SORGERECHT

	NAME	AUFNAHME ALS PATIENT*PATIENTIN	HAT DAS SORGERECHT	HAT ALLEINIGES SORGERECHT
MUTTER		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
VATER		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
PFLEGEELTERN		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
AMTSVORMUND*IN		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Wir benötigen die Einverständniserklärung **aller** sorgeberechtigten Personen. Sie ist **zwingend erforderlich**.
Ohne die o.a. Angaben und die Unterschrift(en) auf **Seite 6** ist eine Aufnahme **nicht** möglich.*

6. LEBENSITUATION

a) WOHSITUATION

bei den Eltern lebend

bei der Mutter lebend

beim Vater lebend

Wechselmodell Mutter/Vater

bei Adoptiveltern lebend

bei Pflegeeltern lebend

bei anderen Ersatzeltern lebend

in Einrichtung lebend

in Reha/Therapieeinrichtung

b) BESTEHT KONTAKT ZUM GETRENNT LEBENDEN ELTERNTEIL?

kein Kontakt

selten

regelmäßig

c) NEUE* R PARTNER* IN LEBT MIT IN HÄUSLICHER GEMEINSCHAFT?

Ja

Nein

d) BESUCHT EINE KITA

Ja

Nein

e) ANGABEN ZUR SCHULE

Einschulung des Kindes zeitgerecht vorzeitig zurückgestellt unbekannt

Besucht die Schule Noch nicht, Einschulung am: Ja, Klassenstufe: aktuell Nein*
* Falls aktuell Nein, seit wann und warum? _____

Schulart Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Ersatzschule Förderschule

Besteht Förderbedarf Ja Nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

7. PERSÖNLICHE ANGABEN ZU IHREM KIND

BITTE GEBEN SIE KÖRPERGRÖSSE UND GEWICHT IHRES KINDES AN _____ cm _____ kg

MEDIZINISCHE VORERKRANKUNG, KÖRPERL. BEEINTRÄCHTIGUNG ODER BEHINDERUNGEN Ja Nein
Welche: (seit) wann: _____

WAR IHR KIND SCHON EINMAL IN PSYCHIATRISCHER / PSYCHOSOMATISCHER BEHANDLUNG? Ja Nein
Ambulante Behandlung Bei: Wann: _____

Stationärer Aufenthalt Bei: Wann: _____

Bitte legen Sie den Aufnahme-Unterlagen die Entlassberichte der letzten 5 Jahre bei

BEKOMMT IHR KIND EINE REGELMÄßIGE MEDIKATION (TABLETTEN/SPRITZEN/ETC.)? Ja Nein
Name des Medikamentes: Seit wann: Dosierung: Einnahmezeiten: _____

8. SELBSTDARSTELLUNG, MOTIVATION UND ERWARTUNGEN

a) BITTE BEURTEILEN SIE IHR KIND, SO WIE ES SICH IN DEN LETZTEN MONATEN GEZEIGT HAT, ANHAND FOLGENDER AUSSAGEN. UNTEN HABEN SIE SELBST DIE MÖGLICHKEIT, WEITERE AUFFÄLLIGKEITEN, STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DES KINDES ANZUFÜHREN:	sehr oft	oft	manchmal	eher selten	sehr selten
	sehr gut	gut	teils-teils	eher schlecht	sehr schlecht
kotet nachts oder tagsüber ein	<input type="checkbox"/>				
nässt nachts oder tagsüber ein	<input type="checkbox"/>				

b) HIER KÖNNEN SIE WEITERE AUFFÄLLIGKEITEN, STÄRKEN UND SCHWÄCHEN IHRES KINDES NOTIEREN:	sehr oft	oft	manchmal	eher selten	sehr selten
	sehr gut	gut	teils-teils	eher schlecht	sehr schlecht
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

c) WICHTIGSTE PROBLEME

Bitte beschreiben Sie die wichtigsten Probleme ihres Kindes, auf Grund derer Sie eine Aufnahme bei uns wünschen, kurz in Ihren eigenen Worten (psychisch/körperlich/Selbst-/Fremdverletzung/Auffälligkeiten beim Essen)

d) URSACHEN

Was sehen oder vermuten Sie als Ursache der Probleme Ihres Kindes?

e) ERWARTUNGEN

Was erwarten Sie sich von der Psychotherapie in unserer Klinik?

Was soll sich verändern und wodurch? **Geben Sie bitte drei möglichst konkrete Ziele an:**

9. UNTERSCHRIFTEN

VERSAND

Hiermit erkläre ich mich mit dem Versand meiner Unterlagen in die Zentrale der Heiligenfeld Kliniken nach Bad Kissingen einverstanden

Unterschrift

DATENSCHUTZ

Patienteninformationen zur Erhebung personenbezogener Daten

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie unsere beiliegende Datenschutzerklärung gelesen haben und in die Verarbeitung und Speicherung ihrer personenbezogenen Daten einwilligen. Diese Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGEN

Ja, siehe unten

Nein, ich erteile keinerlei Schweigepflichtentbindung

Wenn ja: Ich entbinde hiermit die Heiligenfeld Klinik Waldmünchen für alle aufnahmerelevanten Fragen von der Schweigepflicht gegenüber den unten angegebenen Personen. Ich bin damit einverstanden, dass mit den unten angegebenen Personen, über die Tatsache des angestrebten Aufenthalts, über fehlende/noch benötigte Aufnahmeunterlagen, Wartezeiten, die Nichtaufnahme, etc. gesprochen werden darf. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig abgegeben wird und jederzeit von mir widerrufen werden kann.

**Die Schweigepflichtentbindung ist nur gültig,
wenn Namen und Adressen vollständig angegeben sind.**

Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen.

Personen

Name(n) (PLZ, Ort, Straße, Telefon)

Eltern
Sorgeberechtigte/Vormund*in

Jugendamt/ Familienhilfe/
Beratungsstelle

Einweisende(r) Ärztin/Arzt

Therapeutin/Therapeut

Krankenkasse

Sonstige

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

UNTERSCHRIFTEN ZUM SORGERECHT

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind als Patientin*Patient in der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen aufgenommen wird.

Sorgeberechtigter Vater:

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

Sorgeberechtigte Mutter:

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

Sorgeberechtigte*r Betreuer*in/Vormund*in (ggf):

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

*** ERREICHBARKEIT EMAIL & TELEFON** Ja, gelesen

Wir versenden alle unsere Anschreiben aus ökologischen Gründen grundsätzlich per Email.

Geben Sie daher bitte eine gültige Email-Adresse an, deren Posteingang Sie mindestens täglich überprüfen. Bitte auch unbedingt die korrekte Telefon- und/oder Mobilnummer angeben, unter der Sie zuverlässig erreichbar sind. Sollten Sie einen Anrufbeantworter oder die Mobilbox verwenden, stellen Sie bitte sicher, dass Sie die Nachrichten regelmäßig abhören und unsere Rückrufbitte Sie erreichen kann.

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen umgehend mit.

Diese Unterstützung benötigen wir vor allem auch für die Abstimmung Ihres Aufnahmetermins. Wenn wir freie Plätze haben und Sie nicht erreichen können, kann es zu einer deutlichen Verlängerung Ihrer Wartezeit kommen.

RICHTIGKEIT ALLER ANGABEN

Bitte bestätigen Sie das eigenhändige Ausfüllen und die Richtigkeit Ihrer Angaben hier mit Ihrer Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r



Einwilligung zur Medikation von Kindern + Jugendlichen in Krisensituationen

Version: 231_HNT

Sehr geehrte Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Vorname und Name Kind/Jugendliche*r

Während der stationären Behandlung Ihres Kindes kann es zu krisenartigen Situationen kommen. Zunächst findet dann ein therapeutisches Gespräch statt. Begleitend werden bereits erlernte Selbststeuerungsübungen angeleitet, die dazu beitragen sollen, dass sich Ihr Kind beruhigt.

Reichen diese Maßnahmen nicht aus, wird in Einzelfällen Atosil verabreicht. Atosil ist zugelassen für die Behandlung von Unruhe- und Erregungszuständen. Der Wirkstoff Promethazin ist ein niedrigpotentes Neuroleptikum, das wegen seiner beruhigenden und auch schlaffördernden Wirkung eingesetzt wird.

Bei uns wird es in Tropfenform eingesetzt, wodurch eine gut abgestimmte Dosierung möglich ist. Die beruhigende Wirkung setzt nach ca. 20-30 Minuten ein und klingt bei einmaliger Gabe nach ca. 4-6 Std. wieder ab. Wie bei allen Medikamenten kann es jedoch auch bei Atosil zum Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen (z.B. Schläfrigkeit, niedriger Blutdruck) kommen. Diese treten jedoch bei einmaliger bzw. nicht regelmäßiger Einnahme nur sehr selten auf.

Für die Verabreichung eines Medikamentes ist grundsätzlich die **Einwilligung beider Elternteile (bzw. aller Sorgeberechtigten) erforderlich**, es sei denn ein Elternteil hat das alleinige Sorgerecht, auch für die Gesundheitsvorsorge.

Da Krisensituationen spontan und auch nachts auftreten können, bitten wir Sie bereits vor Beginn der stationären Behandlung um die Einwilligung zu einer etwaigen Bedarfsmedikation Ihres Kindes mit Atosil.

Sorgeberechtigte	alleiniges Sorgerecht?	PLZ, Wohnort, Straße, Nr., Telefonnummer, Mobilnummer, Email	Unterschrift
MUTTER	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	-----	
VATER	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	-----	
PFLEGEELTERN VORMUND*IN BETREUER*IN	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	-----	
PFLEGEELTERN VORMUND*IN BETREUER*IN	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	-----	

Wir möchten Sie informieren, dass wir bei fehlender Einwilligung, in Krisensituationen ggf. entsprechend dem Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz verfahren müssen.

*Art. 5 Abs. 1 des BayPsychKHG sieht vor, dass Personen bzw. Patient*innen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung sich selbst, Rechtsgüter anderer oder das Allgemeinwohl erheblich gefährden, ohne oder gegen deren Willen (vorläufig) in einer Psychiatrie untergebracht werden können, es sei denn, die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit ist nicht erheblich beeinträchtigt.*

Grundsätzlich entscheidet über die Unterbringung das Landratsamt. Sollte das zuständige Landratsamt nicht erreichbar sein (z.B. am Wochenende, Feiertags oder Nachts), ist gem. Art. 12 des BayPsychKHG die Polizei zu verständigen, die Ihr Kind dann (vorläufig) in einer entsprechenden Einrichtung unterbringt.

—
GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

—
SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

—
GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

—
KLINIK WALDMÜNCHEN

Fachkrankenhaus für Familien, Eltern,
Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene
zur psychosomatischen Behandlung



Therapeutischer/ärztlicher Fragebogen

zur Vorbereitung des stationären psychosomatischen Aufenthaltes

Version: 231_HNT

Heiligenfeld-GmbH
Klinik Waldmünchen
Krankenhausstraße 3
93449 Waldmünchen

ZUSENDUNG GERNE AUCH PER EMAIL

Email: aufnahme.waldmuenchen@heiligenfeld.de

DATUM:

.....

ALLGEMEINES

IHRE ADRESSE (oder Stempel):

Arztnummer

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefonnummer

Email-Adresse

WIE SIND SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

Messe/Kongress

Newsletter

Kollegin*Kollege

Internetrecherche

www.heiligenfeld.de

sonstiges: _____

ANGABEN ZUM PATIENTEN/DER PATIENTIN

GESCHLECHT weiblich männlich divers – Anrede

GEBURTSDATUM _____

ANREDE, NAME, VORNAME: _____

STRASSE, HAUSNUMMER: _____

PLZ, WOHNORT: _____

TELEFON-/MOBILNUMMER: _____

EMAIL-ADRESSE: _____

KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS:

gesetzlich

privat

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE: _____

SEIT WANN IST DIE PATIENTIN*DER PATIENT BEI IHNEN IN BEHANDLUNG? DATUM:

ANGABEN ZU PSYCHOSOMATISCHEN MAßNAHMEN

Ist Ihr*e Patient*in aktuell in ambulanter, psychotherapeutischer Behandlung? Ja, seit: _____ Nein

Wenn nein, weshalb ist dies nicht angezeigt: _____

Ambulante Therapie

Wartezeit zu lang

Kein Platz verfügbar

Maßnahmen ausgeschöpft

Ambulantes Setting ungeeignet

ANGABEN ZUR THERAPIEFÄHIGKEIT

Besteht eine ausreichende Eigenmotivation? Ja Nein

Ist Ihr*e Patient*in in einem psychosomatischen Setting gruppentherapiefähig? Ja Nein

Die Behandlung in regulärer* Langzeit-Therapie ist für die Patientin*den Patienten angezeigt? Ja Nein
(* Ø Aufenthaltsdauer ca. 8 Wochen)

ANGABEN ZUR BEHANDLUNGS-BEDÜRFTIGKEIT/NOTWENDIGKEIT

Ist (räumlicher) Abstand zum heimischen/familiären Milieu indiziert? Ja Nein

Sind Therapiedichte sowie die multimodalen Behandlungsmöglichkeiten eines stationären Krankenhaussettings notwendig für die Behandlung Ihrer Patientin*Ihres Patienten? Ja Nein

MEDIZINISCH/PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGABEN ZUM PATIENTEN

BITTE GEBEN SIE DIE VON IHNEN FESTGESTELLTE(N) DIAGNOSE(N) NACH ICD-10 AN:

F- _____

F- _____

F- _____

F- _____

Weitere: _____

MEDIKAMENTE

Nimmt Ihr*e Patient*in aktuell Psychopharmaka oder andere Medikamente ein? Ja Nein
Falls ja, in welcher Dosis und seit wann. ggf. Medikamentenplan beilegen.

Name des Medikamentes Dosis: Seit wann:

WEITERE ANGABEN ZUR PATIENTIN*ZUM PATIENTEN

Bitte geben Sie die Körpergröße _____ und das Gewicht _____ des Patienten*der Patientin an.

Besteht aktuell eine Suchtproblematik	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verhaltenssüchte (Medien, Computerspiele, Sex, Glücksspiel, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoffgebundene Süchte (Tabak/Nikotin, Alkohol, Drogen, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Jugendlichen Nikotin/Tabak	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr*e Patient*in hinsichtlich Substanzkonsum (Alkohol, Drogen) abstinenzfähig- u. bereit ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Jugendlichen zusätzlich : Patient*in ist hinsichtlich Tabak/Nikotin abstinenzfähig u. bereit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Dekompensation bereits bestehender Symptomatik	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Akute Krise bei gravierendem Life-Event z.B. Unfall/Krankheit/Tod eines Angehörigen, kürzlich erlittenes traumatisches Ereignis, etc.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht Chronifizierungsgefahr	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ist Ihr*e Patient*in akut suizidal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es in den letzten 6 Monaten einen/mehrere Suizidversuch(e)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie viele: _____ Wann zuletzt: _____		

Ist Ihr*e Patient*in aktuell psychotisch/(hypo-)manisch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr*e Patient*in in der Vergangenheit psychotisch/(hypo-)manische Episode(n)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann zuletzt: _____		
Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Benötigt Ihr*e Patient*in pflegerische Unterstützung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja wobei: _____		
Kann sich Ihr*e Patient*in selbstständig in einem rollstuhlgerechten, aber nicht barrierefreien Gebäude bewegen und orientieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein weshalb: _____		
Liegen schwerere (Vor-) Erkrankungen oder körperlichen Behinderungen vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, welche (bitte entsprechende Berichte beifügen) _____		

SONSTIGE, IHNEN WICHTIGE ANGABEN

ZUSÄTZLICH FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Ist das Kind/der*die Jugendliche im familiären Rahmen, in KiTa/KiGa, Schule oder sonstiger Einrichtung mit gewalttätigem Verhalten aufgefallen? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Maße: _____

Wenn ja, kam es zu sexualisierter Gewalt bzw. sexuellen Übergriffen? Ja Nein

Zeigt das Kind/der*die Jugendliche (beginnende) dissoziale Verhaltensweisen (Quälen von Menschen und Tieren, fehlende Empathie und Schuldbewusstsein, etc)? Ja Nein

Ist das Kind/der*die Jugendliche (auch mit Hilfe Dritter) steuerungsfähig? Ja Nein

Benötigt das Kind/der*die Jugendliche im Gruppensetting eine extra 1:1 Betreuung, wenn auch nur teilweise? Ja Nein

Besteht beim Kind/dem*der Jugendliche*n eine manifeste Essstörung? Ja Nein

Wenn ja, wie äußert sich diese: _____

War das Kind/der*die Jugendliche im letzten halben Jahr fremduntergebracht? Ja Nein

Wenn ja, weshalb, wie lange und bis wann zuletzt: _____

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift/Praxisstempel

Mögliche Diagnosen

Beispiele Kinder → hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), Störung des Sozialverhaltens (F 91), auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0), Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1), Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen Bindungen (F91.2), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3), kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0), emotionale Störung des Kindesalters (F93), phobische Störung des Kindesalters (F93.1), Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2), reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1), Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)

zusätzlich bei Jugendlichen → mittelgradige depressive Episode (F32.1), Somatisierungsstörung (F45), Anorexia nervosa (F50.0), Bulimia nervosa (F50.2), abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.0)

Beispiele Erwachsene → rezidivierende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Symptom (F33.11), schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), soziale Phobien (F40.1), spezifische Phobien (F40.2), Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (F41.0), generalisierte Angststörung (F41.1), Zwangsstörungen (F42), posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), Somatisierungsstörung (F45.0), Depersonalisations-, Derealisationssyndrom (F48.1), Anorexia nervosa (F50.0), Bulimia nervosa (F50.2)

Burnout-Syndrom sollte, soweit explorierbar, als Kombination einer F3 und F4 Diagnose kodiert und dargestellt werden.

Wichtig sind ggf. auch Angaben zum Verdacht auf Persönlichkeitsstörungen z.B.: anankastischen (F60.5), ängstlich-vermeidenden (F60.6), abhängigen (F60.7), narzisstischen (F60.8) oder emotional instabilen (F60.3), kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0)

Hinweis: Kodieren Sie nach Möglichkeit auch die vierte Ziffer (z. B. F33.10 vs. F33.11 = rezidivierende mittelgradige depressive Episode ohne vs. mit somatischem Syndrom).

Angaben zur Schwere der Erkrankung:

Ausmaß der psychischen, somatischen und sozialen Beeinträchtigung, Gesundung kann bei vorliegender Behandlungsmotivation nur mit fachlicher Hilfe wiedererlangt werden (z. B. bei Ess-, oder Zwang- oder Impulskontrollstörungen)

Was ist bei der Antragsstellung zu beachten?

Generell ist bei der Antragsstellung auf eine möglichst umfassende Darstellung der Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes zu achten. Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist grundsätzlich dann indiziert, wenn ambulante Maßnahmen ausgeschöpft oder nicht ausreichend sind.

Weiterhin kann der Antrag begründet werden mit:

- der Schwere der Erkrankung bzw. dem Ausmaß der körperlichen, seelischen bzw. sozialen Beeinträchtigungen,
- der spezifischen Angabe aller Diagnosen nach ICD-10
- der Notwendigkeit einer intensiven und komplexen Behandlungsstruktur, die unter ambulanten Bedingungen nicht durchführbar ist
- der Notwendigkeit einer ständigen medizinischen oder therapeutischen Überwachung oder Betreuung, auch z. B. bei Verlust der willentlichen Steuerung über die Symptomatik wie bei Essstörungen, Zwangssyndromen, Suchtkomponenten oder ausgeprägtem Vermeidungsverhalten,
- der Notwendigkeit der Distanzierung aus dem aktuellen sozialem Umfeld,
- den speziellen Behandlungsmöglichkeiten der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen



Heiligenfeld

KLINIK WALDMÜNCHEN
Heiligenfeld GmbH

Haus-/Postanschrift:

Krankenhausstraße 3
93449 Waldmünchen

Zentrale:

Altenbergweg 6
97688 Bad Kissingen

T 09972 308-0

F 09972 308-115

waldmuenchen@heiligenfeld.de

waldmuenchen.heiligenfeld.de

AUFNAHMEANTRAG

zur stationären Behandlung mit Regelarztleistungen
(ohne wahlärztliche Leistungen)
in der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

Name Patient*in _____

Anschrift _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Beruf _____ Geburtsdatum _____

Krankenversicherung _____ Anteil _____ %

Beihilfestelle _____ Anteil _____ %

beihilfeberechtigt selbstversichert familienversichert zusatzversichert

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse
der **Versicherungsnehmerin***des **Versicherungsnehmers** (falls abweichend):

Unter Übernahme der gesamtschuldnerischen Haftung für das Entgelt beantrage ich die Aufnahme in der Heiligenfeld GmbH, Klinik Waldmünchen zum Tagessatz von **430,00 €** (Basispflegesatz: 120,00 €; Abteilungspflegesatz: 310,00 €) inklusive regelärztlicher Leistungen (keine wahlärztlichen Leistungen).

Dies ist der einzige Pflegesatz für Krankenhausbehandlung.

—
GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

—
SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

—
GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

—
KLINIK WALDMÜNCHEN

Fachkrankenhaus für Familien, Eltern,
Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene
zur psychosomatischen Behandlung

Ich akzeptiere, dass sich die Klinik vorbehält, die Entgelte des Pflegekostentarifs für die Dauer des Behandlungsvertrages zu ändern. Im Falle der Änderung wird der neu festgelegte Satz angewendet, bzw. rückwirkend vom Tag der Gültigkeit an wirksam.

Mir ist bekannt, dass mit diesem Antrag die Verpflichtung zur Entrichtung des Entgelts für die Regelarztleistungen von mir übernommen werden, ungeachtet einer Kostenübernahme oder Zuzahlung Dritter, beispielsweise einer privaten Krankenversicherung. Bei Vorlage einer entsprechenden Kostenübernahmeerklärung bin ich damit einverstanden, dass die Klinik direkt mit dem Leistungsträger abrechnet, so dass von mir in diesem Fall keine Vorauszahlung zu leisten ist. Ich erkläre hiermit, dass ich meine Ansprüche gegenüber der Beihilfestelle auf Abschlagszahlungen an die Heiligenfeld GmbH, Klinik Waldmünchen abtrete. Dies ist möglich, indem die Klinik unmittelbar in meinem Auftrag eine Abschlagszahlung bei der zuständigen Beihilfestelle (nach § 17 Abs. 3 BhV und Abs.7) beantragt.

Dazu erteile ich hiermit den schriftlichen Auftrag. Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass keine Aufnahme erfolgen kann, wenn vor der Ankunft keine Kostenübernahmeerklärung eines Leistungsträgers oder die genannte Vereinbarung über die Abrechnung mit der Beihilfestelle oder meine eigene Vorauszahlung vorliegt. Vorauszahlungen sind jeweils für 14 Tage im Voraus zu entrichten.

Ich akzeptiere hiermit, dass An- und Abreisetag ca. 14 Tage im Voraus festgelegt werden. Wenn ich nach meiner verbindlichen Zusage den Aufenthalt nicht zum vereinbarten Zeitpunkt antrete oder aus persönlichen Gründen gegen den ärztlichen Rat vorzeitig abbreche, behält sich die Klinik vor, Ausfallforderungen in Höhe des Pflegesatzes, abzüglich eventueller Einsparungen, mindestens jedoch EUR 80,- pro Tag bis zur Wiederbelegung des Behandlungsplatzes gegen mich geltend zu machen.

Datum und Unterschrift des **Patienten**

Datum, Unterschrift des **Versicherungsnehmers**
(falls abweichend)

Aufnahmeantragsformular ab 01.01.2024
(Mit Herausgabe dieses Formulars verlieren vorherige Formulare ihre Gültigkeit)

Gerichtsstand und Erfüllungsort ist Bad Kissingen



Heiligenfeld

KLINIK WALDMÜNCHEN Heiligenfeld GmbH

Haus-/Postanschrift:
Krankenhausstraße 3
93449 Waldmünchen

Zentrale:
Altenbergweg 6
97688 Bad Kissingen

T 09972 308-0
F 09972 308-115
waldmuenchen@heiligenfeld.de
waldmuenchen.heiligenfeld.de

Abtretungserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Abrechnung für meinen stationären Krankenhausaufenthalt direkt zwischen der Privaten Krankenversicherung und der Heiligenfeld GmbH, Klinik Waldmünchen erfolgen kann. (Eine direkte Abrechnung mit der Beihilfestelle ist nicht möglich.)

Name, Vorname
der Patientin*des Patienten

Anschrift

Versicherten-Nummer

Krankenversicherung

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Hier bitte zusätzlich ausfüllen und unterzeichnen,
wenn Patientin*Patient nicht **Versicherungsnehmer*in** ist

Name, Vorname
Versicherungsnehmer*in

Anschrift

Versicherungsnehmer*in

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer*in

GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

KLINIK WALDMÜNCHEN

Fachkrankenhaus für Familien, Eltern,
Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene
zur psychosomatischen Behandlung



Informationen zur Abtretungserklärung

Version: 231_HNT

Liebe Patientin, lieber Patient,
lieber Versicherungsnehmer,

Wir möchten den Ablauf Ihres Aufenthaltes so angenehm wie möglich für Sie gestalten und bieten Ihnen mit der beiliegenden Abtretungserklärung an, sämtliche Rechnungsbeträge direkt mit Ihrem zuständigen Kostenträger abzurechnen.

Hierzu benötigen wir vorab Ihr Einverständnis und bitten Sie bei Interesse die beiliegende Abtretungserklärung zu unterschreiben und an uns zurück zu senden.

Bei Privatversicherten betrifft dies in der Regel Ihre Privatkasse.

Sollten Sie noch Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden unter der Telefonnummer 09972/308-0.

Ihr Team der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

—
GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

—
SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

—
GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

—
KLINIK WALDMÜNCHEN

Fachkrankenhaus für Familien, Eltern,
Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene
zur psychosomatischen Behandlung



Informationen für schulpflichtige Patienten

Version: 241_HNT

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Während des stationären Aufenthaltes sind die Kinder ganz regulär krankgeschrieben. Am Aufnahmetag erhalten sie eine entsprechende Bestätigung.

Im Zentrum unserer Aufmerksamkeit steht, dass Patient*innen sich ganz auf die Therapie einlassen können, gesunden und ihren Aufenthalt bei uns als heilende Zeit erleben.

Auch Kinder und Jugendliche haben umfangreiche Therapien an sieben Tagen/Woche und daneben braucht es noch Integrations- und Regenerationszeiten. Aufgrund dieser Therapiedichte ist es weder möglich noch sinnvoll, gleichzeitig eine Schule zu besuchen, oder sich auf Prüfungen oder Leistungsabfragen vorzubereiten.

Von daher bieten wir keine Beschulung an und es gibt keine Lehrer*innen bei uns.

Am besten treffen Sie, als Eltern gemeinsam mit Ihren Kindern, schon vor einer Anmeldung bei uns, eine Entscheidung wo für Sie die Priorität liegen soll.

Wir bieten Schüler*innen die Einheiten "Lernzeit" (bis 13 Jahre) und „Lernen lernen“ (14-17 Jahre) an.

Im Wesentlichen fördern wir mit diesen Angeboten unsere Patienten*Patientinnen dahingehend, in einer angemessenen Atmosphäre konzentriert arbeiten zu können und das „dranbleiben“ an schulischen Themen. Es können mitgebrachte Materialien oder Arbeitsblätter bearbeitet werden. Inhaltliche Fragestellungen können im Rahmen der Möglichkeiten beantwortet werden.

Falls gewünscht, können Sie sich von der Schule Arbeitsmaterialien für die Dauer des Aufenthaltes mitgeben lassen, jedoch nicht mit der Erwartung, dass dies ein „abzuarbeitendes Pensum“ darstellt. Es ist von Vorteil, wenn Sie das Material einschließlich ggf. notwendiger/gewünschter Bücher bereits zur Anreise mitbringen. Sie können sich aktuelle Lernmaterialien aber auch während des Aufenthaltes zusenden lassen (Info siehe unten).

Insgesamt bleibt die Betreuung der Lernaufgaben, wie auch zu Hause, in Ihrer eigenen Verantwortung. Wir empfehlen, dass Sie mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn besprechen, welche Aufgaben in welchem Umfang bearbeitet werden können.

Während des Aufenthaltes können uns die Schulmaterialien wie folgt zugesandt werden:

PER POST:

Heiligenfeld GmbH
Klinik Waldmünchen

z. Hd. Vor- und Nachname des Patienten*der Patientin

Krankenhausstraße 3
93449 Waldmünchen

PER FAX:

09972 308-126

PER E-MAIL: patientenservice.wm@heiligenfeld.de

—
GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

—
SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

—
GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

—
KLINIK WALDMÜNCHEN

Fachkrankenhaus für Familien, Eltern,
Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene
zur psychosomatischen Behandlung



Liebe Patientin, lieber Patient

Wir möchten Sie rechtzeitig vor einer Behandlung in unserem Haus informieren, dass Waldmünchen und der Landkreis Cham zum mittleren Risikogebiet für **FSME** (Frühsommer-Meningoenzephalitis) zählt.

(Die Einstufung als Risikogebiet bedeutet, dass über die Zeit der letzten 5 Jahre mehr als ein Erkrankungsfall pro 100.000 Einwohner aufgetreten ist. Aus diesem Grunde wird in diesen Gebieten eine Zeckenschutzimpfung empfohlen. Risikogebiete sind große Teile des Schwarzwaldes sowie der Bayerische Wald und große Teile in Österreich.)

Masern werden häufig unterschätzt. Sie sind hoch ansteckend und können sogar tödliche Folgen haben. Diese Infektionskrankheit gefährdet vor allem diejenigen, die sich selber nicht schützen können: unsere Kinder.

Deshalb empfehlen wir vor allem für Kinder, aber auch für alle anderen Patienten eine Masernschutzimpfung.

Bitte informieren Sie sich im Vorfeld bei Ihrem Hausarzt bzw. dem Kinderarzt über die Möglichkeiten einer Masern-/ und Zeckenschutzimpfung.

Dies ist lediglich eine Empfehlung unsererseits, stellt aber keine Bedingung oder Verpflichtung für den Klinikaufenthalt dar!

Ihr Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

—
GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

—
SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

—
GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

—
KLINIK WALDMÜNCHEN

Fachkrankenhaus für Familien, Eltern,
Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene
zur psychosomatischen Behandlung



Patienteninformationen

zur Erhebung personenbezogener Daten

Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unserer Einrichtungen als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt.

Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, genutzt, übermittelt usw. Insgesamt spricht man von der "Verarbeitung" Ihrer Daten. Dieser Begriff der "Verarbeitung" bildet den Oberbegriff über alle diese Tätigkeiten. Die Verarbeitung von Patientendaten in unseren Einrichtungen ist aus Datenschutzgründen nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Patient hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre patientenbezogene Versorgung/Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Ebenso erfolgen Verarbeitungen – im Sinne einer bestmöglichen Versorgung – im Hinblick auf interdisziplinäre Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung bzgl. Diagnostik, Therapie, Befunden sowie Krankheits-/Vitalstatus. Daneben werden Arztbriefe/Berichte geschrieben und es erfolgen Verarbeitungen aus Qualitätssicherungsgründen, zum Erkennen und Bekämpfen von Krankenhausinfektionen sowie zur seelsorgerischen und sozialen Betreuung und zum Entlassmanagement.

Neben diesen patientenbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, aus Gründen des Controllings/der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen usw. Ferner erfolgen von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens, zur Forschung oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z. B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, an Krebsregister) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen, usw.

Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich – sofern möglich – bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Krankenhäusern, die etwa Ihre Erst-/Vor-Behandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog. MVZ), usw. Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unseren Einrichtungen im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an der Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten, wozu etwa auch Ärzte anderer Abteilungen zählen, die an einer fachübergreifenden Behandlung teilnehmen oder die Verwaltung, die die Abrechnung Ihrer Behandlung vornimmt.

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht.

Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Krankenhausträger

Die Grundlage dafür, dass der Krankenhausträger Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass der Krankenhausträger für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die dem Krankenhausträger 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 im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z. B. § 301 SGB V, im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), insbesondere § 22 BDSG (n.F.) und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

- Datenverarbeitungen zum Zwecke der Durchführung sowie Dokumentation des Behandlungsgeschehens einschließlich des innerärztlichen und innerprofessionellen Austauschs im Krankenhaus über den Patienten für die Behandlung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. §§ 630a ff, 630f BGB i. V. m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen, sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an "Externe" im Sinne einer gemeinsamen Behandlung (im Team), Zuziehung externer Konsiliarärzte, z. B. Labor, Telemedizin, sowie Zuziehung externer Therapeuten (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen, sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 301 SGB V),
- Datenübermittlung zu Zwecken der Qualitätssicherung (Art. 9 Abs. 2i DS-GVO i. V. m. § 299 SGB V i. V. m. § 136 SGB V bzw. den Richtlinien des G-BA), usw.

Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien

Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Behandlung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalien. Davon ausgenommen sind ausschließlich die Fälle der vertraulichen Geburt.

Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- gesetzliche Krankenkassen, sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen, sofern Sie privat versichert sind,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte,
- weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeeinrichtungen,
- sog. externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter) sowie
- Seelsorger (in kirchlichen Einrichtungen), usw.

Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

Sofern Daten übermittelt werden, hängt es im Einzelfall vom jeweiligen Empfänger ab, welche Daten dies sind. Bei einer Übermittlung entsprechend § 301 SGB V an Ihre Krankenkasse handelt es sich zum Beispiel um folgende Daten:

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversicherungsnummer,
5. Versichertenstatus,

6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
7. Datum und Art der jeweils in der Einrichtung durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Behandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die in der jeweiligen Einrichtung durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

Widerruf erteilter Einwilligungen

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie dem Krankenhausträger gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie – schriftlich/per Mail/Fax – an den Krankenhausträger richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Wahrnehmung berechtigter Interessen des Krankenhausträgers

Sofern der Krankenhausträger zur Durchsetzung seiner Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihre Krankenkasse gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die vom Krankenhausträger gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss der Krankenhausträger (zu Zwecken der Rechtsverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Der Krankenhausträger ist gem. § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kann der Krankenhausträger in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nachkommen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung für lange Zeit von der Einrichtung verwahrt. Auch dazu ist der Krankenhausträger gesetzlich verpflichtet.

Mit der Frage, wie lange die Dokumente im Einzelnen in der Einrichtung aufzubewahren sind, beschäftigen sich viele spezielle gesetzliche Regelungen. Zu nennen sind hier etwa die Röntgenverordnung (RöV), die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO), das Transfusionsgesetz (TFG) und viele mehr. Diese gesetzlichen Regelungen schreiben unterschiedliche Aufbewahrungsfristen vor.

Daneben ist zu beachten, dass Krankenhäuser Patientenakten auch aus Gründen der Beweissicherung bis zu 30 Jahre lang aufbewahren. Dies folgt daraus, dass Schadensersatzansprüche, die Patienten gegenüber der Einrichtung geltend machen, gemäß § 199 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) spätestens in 30 Jahren verjähren. Ein Haftungsprozess könnte also erst Jahrzehnte nach Beendigung der Behandlung gegen den Krankenhausträger anhängig gemacht werden. Würde die Einrichtung mit der Schadensersatzforderung eines Patienten wegen eines behaupteten Behandlungsfehlers konfrontiert und wären die entsprechenden Krankenunterlagen inzwischen vernichtet, könnte dies zu erheblichen prozessualen Nachteilen für die Einrichtung führen.

Aus diesem Grunde wird Ihre Patientenakte bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d. h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem Krankenhausträger geltend machen. Sie ergeben sich aus der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), die auch in Deutschland gilt:

- **Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO**

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.

- **Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO**

Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.

- **Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO**

Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO**

Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

- **Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO**

Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 EU Datenschutz-Grundverordnung. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen.

Datenschutzbeauftragter des Krankenhauses

Der Krankenhausträger hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Seine Kontaktdaten lauten wie folgt:

Herr Christian Volkmer	Tel.:	0941 2986930
Projekt 29 GmbH & Co. KG	Fax:	0941 29869316
Ostengasse 14	E-Mail:	anfragen@projekt29.de
93047 Regensburg	Internet:	www.projekt29.de

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.