



Heiligenfeld
Leben lieben



Aufnahmeunterlagen für gesetzlich versicherte Jugendliche

(14-17 Jahre)

Heiligenfeld Kliniken GmbH - Klinik Bad Wörishofen
Familienklinik

zentrales Aufnahmemanagement:

Heiligenfeld Kliniken – Altenbergweg 6, 97688 Bad Kissingen

Tel: 0971 84-0 - Fax: 0971 84-4195

www.heiligenfeld.de

info@heiligenfeld.de

Inhalt:

Der Weg in die Heiligenfeld-Klinik – Allgemeine Informationen

Wichtige Bearbeitungshinweise und Checkliste zu benötigten Unterlagen

Selbstdarstellungsbogen für Jugendliche

Datenschutzinformationen

Einwilligung der Sorgeberechtigten zur Bedarfsmedikation

Wichtige Informationen für Sorgeberechtigte

Informationen für schulpflichtige Patient*innen

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

Der Weg nach Heiligenfeld für Jugendliche

(14-17 Jahre, gesetzlich versichert)

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

um Dir die Aufnahme in unsere Klinik zu erleichtern, haben wir für Dich auf den nächsten Seiten die wichtigsten Informationen und Aufnahmeunterlagen zusammengestellt.

In der Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen führen wir nur vollstationäre Krankenhausbehandlungen durch. Kur-, oder Rehabilitationsbehandlungen werden nicht angeboten.

Damit sich der Aufnahmeweg für Dich möglichst leicht und schnell gestaltet, **beachte** bitte **unbedingt** auch die **Bearbeitungshinweise** und Informationen auf den **Seiten 3 + 4**

Aufnahme alleine oder mit Eltern?

Jugendliche ab 14 J. können schon alleine zu uns kommen. Auch eine zeitgleiche Aufnahme mit den Sorgeberechtigten ist möglich. Jeder ist dann für sich in eigener Therapie und nur wo es notwendig oder sinnvoll scheint, werden von den begleitenden Therapeuten gemeinsame Inhalte (z.B. Familiengespräche) angeboten.

Wer übernimmt die Kosten des Aufenthaltes?

Kostenträger für eine Krankenhausbehandlung ist Deine gesetzliche Krankenkasse. Die Therapie muss im Vorfeld nicht bei der Krankenkasse beantragt oder abgesprochen werden. Sende uns einfach, zusammen mit den übrigen Aufnahmeunterlagen, eine Krankenhaus- Einweisung (sog. "Verordnung von Krankenhausbehandlung"). Deine behandelnden Ärzte*Ärztinnen oder Therapeutinnen*Therapeuten stellen Dir diese aus.

Wie lange sind die Wartezeiten bis zur Aufnahme?

Unsere Wartezeiten verändern sich stets. Sie sind z.B. abhängig von der Zahl der eingehenden Anmeldungen und der individuellen Aufenthaltsdauer. Daher ist nicht möglich vorab konkrete Termine zu vereinbaren. Wir hoffen auch auf Dein Verständnis, dass Wunschtermine **nicht** berücksichtigt werden können. Wir gehen davon aus, dass Menschen, die sich bei uns anmelden, bereit sind anzureisen, sobald wir einen freien Platz haben. Bitte melde Dich nur dann an, wenn eine Wartezeit überhaupt in Frage kommt. Eine Akutaufnahme ist in unseren Kliniken nicht möglich. Grundsätzlich sind wir natürlich bemüht, Dir eine zeitnahe Aufnahme zu ermöglichen.

Wie kann es schneller gehen? -> unsere Standby-Liste

Wenn Du die Möglichkeit hast, sehr spontan, d.h. auch innerhalb weniger Tage anzureisen, können wir Dich auf unserer Standby-Liste führen und für sehr kurzfristige freiwerdende Termine berücksichtigen.

Wichtig zu wissen: Wenn wir Dir einen Standby-Termin anbieten, erwarten wir, dass Du ihn auch annimmst.

Solltest du ablehnen, beispielsweise weil es nun doch zu kurzfristig ist, setzen wir Dich auf die reguläre Warteliste und dort auch ganz ans Ende.

Wie lange dauert der Aufenthalt in der Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen?

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Langzeittherapie der Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen beträgt etwa acht Wochen. Je nach individuellem Therapieverlauf kann dieser Zeitraum auch verlängert werden.

Dein*Deine Bezugstherapeut*in wird dies auf jeden Fall mit Dir absprechen.

Wie bist Du untergebracht?

Jugendliche von 14-17 Jahren wohnen bei uns grundsätzlich in Zweibettzimmern zusammen. Dies ist Teil des Behandlungskonzepts.

Informationen zur Therapie

Durch das Konzept der "7-Tage-Therapie" ermöglichen wir es unseren Patienten*Patientinnen, einen kontinuierlichen therapeutischen Prozess zu erleben. Dies ist ein wohlüberlegter, umfassender Behandlungsplan, der alle Wochen- und Feiertage umfasst. Für Feiertage gibt es jeweils ein spezielles Programm. Meist ist es möglich Besuch einzuladen und Zeit gemeinsam mit der engsten Familie zu verbringen.

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 bist Du angemeldet und wirst auf der Warteliste geführt.

Der Ablauf Deiner Anmeldung

1. Schritt:

Du sendest uns die vollständigen Aufnahmeunterlagen zu.

Bearbeitungshinweise:

- Bitte nur die Unterlagenpakete der Heiligenfeld Klinik **Bad Wörishofen** verwenden
- **Jede*r** Patientin*Patient benötigt **jeweils eigene** Aufnahmeunterlagen
- Achte 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
Du kannst, wenn gewünscht, Telefonnummer und Email-Adresse der Eltern/Sorgeberechtigten **zusätzlich** angeben
- Bitte die Seiten nicht tackern, sondern lieber eine Büroklammer verwenden
- Sende uns die Unterlagen bitte **erst**, wenn sie **komplett** zusammen- und fertiggestellt sind, so vermeidest Du Verzögerungen in der Bearbeitung.
- Am Besten schickst Du uns die fertiggestellten Unterlagen auf dem **Postweg** zu
- Gerne kannst Du die Unterlagen zunächst auch per Email zur Bearbeitung einreichen.
Dafür ebenfalls vollständig fertig- und zusammenstellen und **ausschließlich** im **PDF-Format** (**nicht** als Foto) senden
- **Krankenhaus-Einweisung** und **Selbstdarstellungsbogen** benötigen wir **immer** im **Original** (per Post)
- Bitte schicke 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. Dann senden wir Dir eine Bestätigung und Dein persönliches Passwort per Post. Noch fehlende oder unvollständige Unterlagen fordern wir an.

3. Schritt:

Deine Unterlagen werden von der Aufnahmepsychologin geprüft. Sie stellt fest, ob wir das geeignete Haus für Deine Bedürfnisse sind. Gegebenenfalls setzt sie sich für Rückfragen telefonisch mit Dir in Verbindung.
Im Anschluss erfolgt die Freigabe oder eine Absage Deiner Aufnahme.
In jedem Fall erhältst Du dazu eine Nachricht von uns.

4. Schritt:

Nach der Freigabe ist Deine Anmeldung abgeschlossen und wir können Dich auf unserer Warteliste führen.
Erst JETZT beginnt die Wartezeit zu laufen. Wir bitten um 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 Dich ca. **8-14 Tage** vor einem möglichen Aufnahmetermin telefonisch und/oder per Email.
Wenn Du auf der Standby-Liste geführt wirst, ist der Zeitraum ggf. deutlich kürzer (ggf. **4-5 Tage**).

Wichtig: Erreichbarkeit

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

Die vorab benötigten Unterlagen:

- Als **Kopie** einen aktuellen ärztlichen, oder therapeutischen Bericht nicht älter als **3-4** Monate und/oder den ausgefüllten Arztfragebogen (in unserem Unterlagenpaket)
- Im **Original** den eigenhändig, handschriftlich und vollständig ausgefüllten Selbstdarstellungsbogen, inkl. aller Unterschriften (in unserem Unterlagenpaket)
- Als **Kopie** Entlassberichte stationärer Voraufenthalte (psychiatrisch/psychosomatisch (letzte **5** Jahre), falls zutreffend)
- Im **Original** Eine Krankenhaus-Einweisung („Verordnung von Krankenhausbehandlung“)
- Im **Original** Einwilligung der Sorgeberechtigten zur Bedarfsmedikation (falls gewünscht)

Für gesetzlich Versicherte ist keine Antragstellung/Genehmigung/Kostenklärung mit der Krankenkasse notwendig.

Die **Krankenhaus-Einweisung** 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 - Deine Daten!

Im weiteren Aufnahmeprozess und beim Aufenthalt gehen wir nur mit den Patienten*Patientinnen persönlich in Kontakt. Sollen wir auch mit Therapeut*in/Arzt*in, Eltern, Betreuern, 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 Du mit unserem ersten Schreiben bekommst.

Gerne stehen wir zur Verfügung wenn Fragen auftauchen, melde Dich einfach.

Telefonisch erreichst Du uns unter **0971 84-0**

Montag bis Donnerstag	08:00 Uhr bis 17:00 Uhr
Freitag	08:00 Uhr bis 14:30 Uhr

Du kannst uns auch eine Nachricht an info@heiligenfeld.de mit Deinen Fragen schicken.

Weitere Informationen zu den Heiligenfeldkliniken findest Du auf der Internetseite www.heiligenfeld.de.

Schöne Grüße vom Aufnahmeteam der

Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen
Familienklinik



Selbstdarstellungsbogen Jugendliche (ab 14 Jahren)

Heiligenfeld
Klinik Bad Wörishofen

1. ALLGEMEINES

WIE BIST DU AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

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

Bitte lies Dir alle Fragen genau durch!

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

Wichtig: Wir bitten um Beachtung unserer beigelegten Bearbeitungshinweise.

WARST DU SCHON MAL GAST AN UNSEREM KENNENLERN-TAG?

- Nein
- Ja, am

DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

2. BEHANDLUNGSWUNSCH

ART DER BEHANDLUNG

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

3. ANGABEN ZUR PERSON

weiblich männlich divers Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Staatsangehörigkeit: D TR A sonstige: _____

ANREDE _____ NAME, VORNAME: _____

STRASSE, HAUSNR: _____

PLZ, WOHNORT: _____

TELEFONNUMMER*: _____

MOBILNUMMER*: _____

EMAIL-ADRESSE*: _____

WIR WÜRDEN UNS
HIER ÜBER EIN
FOTO VON DIR
FREUEN.
DANKE!

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

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

Gib daher eine **gültige Email-Adresse** an, deren Posteingang Du mindestens täglich überprüfst.

Bitte auch unbedingt die **korrekte Telefon- und/oder Mobilnummer** an, unter der Du **zuverlässig erreichbar** bist. Solltest Du einen Anrufbeantworter oder die Mobilbox verwenden, stelle bitte sicher, dass Du die Nachrichten mindestens täglich abhörst und unsere Rückrufbitte Dich erreichen kann.

Bitte teile uns alle Änderungen umgehend mit.

Diese Unterstützung benötigen wir vor allem für die **Abstimmung Deines Aufnahmetermins**. Wenn wir freie Plätze haben und Dich nicht erreichen können, kann es zur deutlichen Verlängerung Deiner Wartezeit kommen.

4. KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS: gesetzlich privat beihilfeberechtigt

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE: _____

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER: _____

5. ANGABEN ZUM AKTUELLEN ÄRZTINNEN*ÄRZTEN UND THERAPEUTINNEN*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: _____

Bitte den ärztlichen/therapeutischen-Fragebogen (im Anhang) ausfüllen lassen und mit zurückschicken. Danke.

6. JUGENDAMT

IST DAS JUGENDAMT IN DIE BETREUUNG/ERZIEHUNG EINBEZOGEN? Ja Nein

Wenn ja, hier bitte den Namen, die Funktion und die Telefon-Nr. des Betreuers*der Betreuerin angeben:

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

7. SORGERECHT

	NAME	AUFNAHME ALS PATIENT*IN	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 9** ist eine Aufnahme **nicht** möglich.*

8. LEBENSITUATION

a) WOHNSTUATION

- bei den Eltern lebend bei der Mutter lebend beim Vater lebend
 bei Pflegeeltern lebend bei Adoptiveltern lebend bei anderen Ersatzeltern lebend
 in Reha/Therapieeinrichtung in Jugendhilfeeinrichtung lebend in eigenem Haushalt lebend

b) Besteht Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil? kein Kontakt selten regelmäßig

c) Neue(r) Partner*in des Elternteils lebt mit in häuslicher Gemeinschaft? Ja Nein

9. SCHULISCHE / BERUFLICHE SITUATION

a) EINSCHULUNG zeitgerecht vorzeitig zurückgestellt unbekannt

b) SCHULE _____ Klassenstufe: _____

c) BESUCHST DU AKTUELL DIE SCHULE? Ja Nein

Wenn nein,

seit wann und warum: _____

d) SCHULART Hauptschule Realschule Gymnasium Ersatzschule Förderschule

e) SCHULABSCHLUSS: Ja, welcher: _____ Nein

f) STUDIUM, BERUFSAUSBILDUNG, BERUFSTÄTIGKEIT: _____

g) SCHUL-/ARBEITSUNFÄHIG Nein ARBEITSLOS Nein
 Ja, seit: _____ Ja, seit: _____

h) BIST DU MOTIVIERT (WIEDER) ZUR SCHULE ZU GEHEN / ZU ARBEITEN? Ja Nein

10. PERSÖNLICHES

a) BITTE GIB DEINE KÖRPERGRÖSSE UND DEIN GEWICHT AN _____ cm _____ kg

b) BIST DU MIT DEINEM GEWICHT ZUFRIEDEN Ja Nein, Wohlfühlgewicht _____ kg

c) GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN DEINEM ESSVERHALTEN? Ja Nein

Falls ja, welche?

Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln

Diäten

Erbrechen (falls ja, häufiger als 1x täglich?)

Hungerphasen

unregelmäßige Mahlzeiten

Essanfälle

d) BESTEHEN NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN ODER LEBENSMITTEL ALLERGIEN? Ja Nein

Falls ja, gegen welche? _____

e) IST DIESBEZÜGLICH EINE BESONDERE ZUBEREITUNG DER SPEISEN ERFORDERLICH? Ja Nein

Falls ja, sende bitte zusammen mit Deinen Aufnahmeunterlagen ein entsprechendes ärztliches Attest über die angegebenen Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Lebensmittel-Allergien ein. Wir werden zusammen mit unseren Diätassistent*innen prüfen, inwieweit wir Dir während des Aufenthaltes eine besondere Zubereitung anbieten können.

f) SPIELT FÜR DICH RELIGION / SPIRITUALITÄT EINE GROSSE ROLLE? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

g) BESTEHT BEI DIR EINE SCHWANGERSCHAFT? Ja Nein

Wir möchten Dich darauf hinweisen, dass **ab der 14. SSW** eine Aufnahme in unser Haus **nicht** mehr möglich ist.

h) HAST DU KINDER? Ja Nein

Anzahl, Geschlecht und Alter _____

i) MEDIZINISCHE (VOR-)ERKRANKUNG, KÖRPERL. BEEINTRÄCHTIGUNG O. BEHINDERUNGEN Ja Nein

Falls Ja, welche (bitte entsprechende Berichte einreichen): _____ seit wann: _____

j) WARST DU SCHON EINMAL IN PSYCHIATRISCHER / PSYCHOSOMATISCHER BEHANDLUNG? Ja Nein

Ambulante Behandlung Bei: _____ Wann: _____

Stationärer Aufenthalt Bei: _____ Wann: _____

○ Bitte lege den Aufnahme-Unterlagen die Entlassberichte der letzten 5 Jahre bei

k) BEKOMMST DU EINE REGELMÄßIGE MEDIKATION (TABLETTEN/SPRITZEN/ETC.)? Ja Nein

Name des Medikamentes Dosierung:

-
-
-

l) SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN – VERLETZT DU DICH SELBST? Ja Nein

Auf welche Weise _____ wie oft _____ wann zuletzt _____

m) HAST DU JEMALS EINEN SUIZIDVERSUCH UNTERNOMMEN? Ja Nein

wie oft _____ wann zuletzt _____

n) HÄLTST DU DICH AKTUELL FÜR SUIZIDGEFÄHRDET? Ja Nein

o) BIST DU SCHON EINMAL MIT DEM GESETZ IN KONFLIKT GERATEN? Ja Nein

Wenn ja, weswegen
und wann zuletzt _____

p) BIST DU VORBESTRAFT? Ja Nein

Wenn ja, wann und weswegen _____

11. UMGANG MIT SUCHTMITTELN

a) RAUCHST DU ? Ja Nein

Was Wie viel Wie oft

b) BIST DU BEREIT AB THERAPIEBEGINN DAMIT AUFZUHÖREN? Ja Nein

c) TRINKST DU ALKOHOL? Ja Nein

Was und wieviel Wie oft Wann zuletzt

d) KONNTEST DU SCHON LÄNGERE ZEIT (MIND. 1 WOCHE) DARAUF VERZICHTEN? Ja Nein

e) NIMMST ODER NAHMST DU DROGEN? Ja Nein

Wenn ja, mache hier bitte genauere Angaben:

Substanz	Wieviel	Wie oft	Wann zuletzt
<input type="checkbox"/> Cannabisprodukte			
<input type="checkbox"/> Amphetamine			
<input type="checkbox"/> Heroin			
<input type="checkbox"/> Halluzinogene (LSD, Pilze)			
<input type="checkbox"/> Kokain			
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

f) GIBT ES SONSTIGE VERHALTENSWEISEN, DIE DU IM ÜBERMAß BETREIBST? Ja Nein

(z.B. Einkaufen, Computerspiele, Internet, Spielautomaten, Sex, Fernsehen, häufig wechselnde Beziehungen,...)

Wenn ja, mache hier bitte genauere Angaben:

Was Wieviel Wie oft Wann zuletzt

12. SELBSTDARSTELLUNG, MOTIVATION UND ERWARTUNGEN

a) BITTE LIES ZUERST ALLE AUSSAGEN DURCH UND KREUZE DANACH AN, WAS AUF DICH ZUTRIFFT:

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|-----|--|--------------------------|
| 1 | unangenehme (& unsinnige) Gedanken | <input type="checkbox"/> | 51 | vermindertes Selbstwertgefühl | <input type="checkbox"/> |
| 2 | unangenehme (& unsinnige) Handlungen | <input type="checkbox"/> | 52 | Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> |
| 3 | dauernder Hunger | <input type="checkbox"/> | 53 | Verlust an Interessen und Angenehmem | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Übergewicht | <input type="checkbox"/> | 54 | verminderte Aktivität | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Appetitverlust | <input type="checkbox"/> | 55 | Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Vermeidung fettmachender Speisen | <input type="checkbox"/> | 56 | Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Gefühl zu fett zu sein, trotz besseren Wissens | <input type="checkbox"/> | 57 | Alpträume | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Hungern | <input type="checkbox"/> | 58 | früheres Erwachen als gewöhnt (2 h & mehr) | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> | 59 | am Schlimmsten ist es morgens | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Untergewicht | <input type="checkbox"/> | 60 | anhaltende grundlose Erschöpfung & Müdigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ausbleibende Regelblutung | <input type="checkbox"/> | 61 | übermäßige Schlafneigung während des Tages | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Essanfälle mit großen Nahrungsmengen | <input type="checkbox"/> | 62 | sozialer Rückzug | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Erbrechen etc., um Nahrung loszuwerden | <input type="checkbox"/> | 63 | Einsamkeit | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Scham | <input type="checkbox"/> | 64 | Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> | 65 | Verzweiflung | <input type="checkbox"/> |
| 16 | mangelnde Alltagsbewältigung | <input type="checkbox"/> | 66 | häufige Suizidgedanken | <input type="checkbox"/> |
| 17 | starke Bedrohung erlebt | <input type="checkbox"/> | 67 | Furcht vor Menschenmengen | <input type="checkbox"/> |
| 18 | plötzliches Wiedererleben der Bedrohung | <input type="checkbox"/> | 68 | Furcht, den sichern Ort zu verlassen | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Gefühl, selbst nicht wirklich da zu sein | <input type="checkbox"/> | 69 | Furcht vor Aufmerksamkeit | <input type="checkbox"/> |
| 20 | eigene Gefühle fühlen sich fremd an | <input type="checkbox"/> | 70 | Furcht, peinlich zu sein | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Gefühl, Umgebung ist unwirklich | <input type="checkbox"/> | 71 | Furcht nur vor etwas Speziellem | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Umwelt wirkt fremd und uninteressant | <input type="checkbox"/> | 72 | plötzliche Panikattacken | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> | 73 | ständige Befürchtungen im Alltag | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Neigung zu Wutausbrüchen | <input type="checkbox"/> | 74 | übertriebenes Vermeidungsverhalten | <input type="checkbox"/> |
| 25 | plötzliches Handeln ohne Nachzudenken | <input type="checkbox"/> | 75 | nicht feststellbares körperliches Leiden | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Unsicherheit bezüglich eigenem Selbstbild | <input type="checkbox"/> | 76 | ständige starke nicht feststellbare Schmerzen | <input type="checkbox"/> |
| 27 | intensive aber nur kurze Beziehungen | <input type="checkbox"/> | 77 | Misstrauen gegenüber beruhigenden Ärzten | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Selbstverletzungen | <input type="checkbox"/> | 78 | ständige Sorge um körperliche Symptome | <input type="checkbox"/> |
| 29 | chronisches Gefühl einer inneren Leere | <input type="checkbox"/> | 79 | anhaltende Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> |
| 30 | andauerndes Misstrauen gegenüber der Welt | <input type="checkbox"/> | 80 | Schwindel | <input type="checkbox"/> |
| 31 | andauerndes Bedrohungsgefühl | <input type="checkbox"/> | 81 | Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Übertreibung eigener Leistungen und Talente | <input type="checkbox"/> | 82 | Herzklopfen und Herzrasen | <input type="checkbox"/> |
| 33 | häufiger Neid auf andere | <input type="checkbox"/> | 83 | Speiseröhre-Beschwerden | <input type="checkbox"/> |
| 34 | Kritik & Verachtung für Autoritätspersonen | <input type="checkbox"/> | 84 | Übelkeit | <input type="checkbox"/> |
| 35 | schlechtere Arbeit bei unliebsamen Aufgaben | <input type="checkbox"/> | 85 | häufiger Durchfall | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Unbeteiligt-Sein bei Gefühlen anderer | <input type="checkbox"/> | 86 | Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten | <input type="checkbox"/> | 87 | Taubheitsgefühl oder Kribbelgefühl | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Neigung zu Aggressionen & Gewalt | <input type="checkbox"/> | 88 | Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> |
| 39 | übermäßiger Alkoholkonsum o. Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> | 89 | Wechseljahr-Beschwerden | <input type="checkbox"/> |
| 40 | Suizidversuch(e) in der Vorgeschichte | <input type="checkbox"/> | 90 | stark schwankende Gefühle | <input type="checkbox"/> |
| 41 | gesteigerte Aktivität | <input type="checkbox"/> | 91 | starkes Bemühen, äußerlich attraktiv zu sein | <input type="checkbox"/> |
| 42 | vermindertes Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> | 92 | Neigung zu starkem Zweifel | <input type="checkbox"/> |
| 43 | riskantes Verhalten | <input type="checkbox"/> | 93 | Beeinträchtigung durch eigen. Perfektionismus | <input type="checkbox"/> |
| 44 | starke Überzeugung, die nicht geteilt wird | <input type="checkbox"/> | 94 | Sorge, im Sozialen kritisiert zu werden | <input type="checkbox"/> |
| 45 | Gedanken werden gemacht oder hörbar | <input type="checkbox"/> | 95 | Unterordnung und Nachgiebigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 46 | Hören von Stimmen | <input type="checkbox"/> | 96 | Angst, nicht für sich alleine sorgen zu können | <input type="checkbox"/> |
| 47 | Drang zum Glücksspiel, trotz Verlusten | <input type="checkbox"/> | 97 | Schwierigkeit, herzliche Gefühle auszudrücken | <input type="checkbox"/> |
| 48 | Drang zum Diebstahl ohne materielle Not | <input type="checkbox"/> | 98 | Einzelgängertum | <input type="checkbox"/> |
| 49 | Drang zur Brandstiftung | <input type="checkbox"/> | 99 | störendes Beharren auf eigenen Rechten | <input type="checkbox"/> |
| 50 | Konflikt mit dem Gesetz | <input type="checkbox"/> | 100 | Gefühl, Opfer von Intrigen zu sein | <input type="checkbox"/> |

b) WICHTIGSTE PROBLEME

Bitte beschreibe Deine wichtigsten Probleme, auf Grund derer Du die Aufnahme bei uns wünschst, kurz in Deinen eigenen Worten (sowohl psychisch als auch körperlich)

c) URSACHEN

Was siehst oder vermutest Du als Ursache Deiner Probleme.

d) ERFAHRUNG

Wenn Du schon Therapieerfahrung hast, wie konntest Du davon profitieren?

e) ERWARTUNGEN

Was erwartest Du für dich von einer guten Therapie?

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

f) GRUPPENTHERAPIE

Der überwiegende Teil der Behandlung findet in Gruppen, innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft statt.

Wie denkst Du, dass Du dies für Dich nutzen kannst?

g) EIGENE MOTIVATION

Bitte schätze auf dieser Skala Deine Therapiemotivation ein.

(1 bedeutet dabei keine Motivation, 10 bedeutet sehr hohe Motivation)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. UNTERSCHRIFTEN

DATENSCHUTZ

Patienten*Patientinnen - Informationen 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 Jugendliche*r

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

VERSAND

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

Unterschrift Jugendliche*r

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

UNTERSCHRIFTEN ZUM SORGERECHT

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind als Patient in der Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen 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

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGEN

Ja, siehe unten Nein, ich erteile keinerlei Schweigepflichtentbindungen

Wenn ja: Ich entbinde hiermit die Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen 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*r/Vormund*in	-----
Jugendamt/ Familienhilfe/ Beratungsstelle	-----
Einweisende*r Arzt*in	-----
Therapeutin*Therapeut	-----
Krankenkasse	-----
Sonstige	-----
_____	_____ / _____
Ort, Datum	Unterschrift Jugendliche*r Unterschrift Sorgeberechtigte*r

RICHTIGKEIT ALLER ANGABEN

Bitte bestätige das eigenhändige Ausfüllen und die Richtigkeit Deiner Angaben hier mit Deiner Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Medikation von Kindern + Jugendlichen in Krisensituationen

Version: 251_CST

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.

Informationen für schulpflichtige Patienten

Version: 251_CST

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.

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 Kliniken GmbH

Klinik Bad Wörishofen

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

Alfred-Baumgarten-Str. 6

86825 Bad Wörishofen

PER FAX:

08247-3826-1099

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



Therapeutischer/ärztlicher Fragebogen

zur Vorbereitung des stationären psychosomatischen Aufenthaltes

Version: 251_CST

Heiligenfeld Kliniken GmbH
Zentrales Aufnahmemanagement
Altenbergweg 6
97688 Bad Kissingen

ZUSENDUNG GERNE AUCH PER EMAIL

Email: info@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?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Messe/Kongress | <input type="checkbox"/> Newsletter |
| <input type="checkbox"/> Kollegin/Kollege | <input type="checkbox"/> Internetrecherche |
| <input type="checkbox"/> www.heiligenfeld.de | <input type="checkbox"/> 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 Ja Nein

Verhaltenssüchte (Medien, Computerspiele, Sex, Glücksspiel, etc.) Ja Nein

Stoffgebundene Süchte (Tabak/Nikotin, Alkohol, Drogen, etc.) Ja Nein

Bei **Jugendlichen** Nikotin/Tabak Ja Nein

Ist Ihr*e Patient*in hinsichtlich Substanzkonsum (Alkohol, Drogen) abstinenzfähig- u. bereit? Ja Nein

Bei **Jugendlichen zusätzlich**: Patient*in ist hinsichtlich Tabak/Nikotin abstinenzfähig u. bereit Ja Nein

Dekompensation bereits bestehender Symptomatik Ja Nein

Akute Krise bei gravierendem Life-Event
z.B. Unfall/Krankheit/Tod eines Angehörigen, kürzlich erlittenes traumatisches Ereignis, etc. Ja Nein

Besteht Chronifizierungsgefahr Ja Nein

Ist Ihr*e Patient*in akut suizidal Ja Nein

Gab es in den letzten 6 Monaten einen/mehrere Suizidversuch(e) Ja Nein

Wenn ja, wie viele: _____ Wann zuletzt: _____

Ist Ihr*e Patient*in aktuell psychotisch/(hypo-)manisch Ja Nein

Hatte Ihr*e Patient*in in der Vergangenheit psychotisch/(hypo-)manische Episode(n)
Wenn ja, wann zuletzt: _____ Ja Nein

Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung? Ja Nein

Benötigt Ihr*e Patient*in pflegerische Unterstützung? Ja Nein

Wenn ja wobei: _____

Kann sich Ihr*e Patient*in selbstständig in einem rollstuhlgerechten, aber nicht barrierefreien Gebäude bewegen und orientieren? Ja Nein

Wenn nein weshalb: _____

Liegen schwerere (Vor-) Erkrankungen oder körperlichen Behinderungen vor? Ja Nein

Falls ja, welche (bitte entsprechende Berichte beifügen) _____

SONSTIGE, IHNEN WICHTIGE ANGABEN

ZUSÄTZLICH FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

- a) 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

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

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

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

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

Wenn ja, wie äußert sich diese: _____

- f) 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

1. HILFSTELLUNG FÜR DIE EINWEISENDEN ÄRZTE*ARZTINNEN

Verordnung von Krankenhausbehandlung § 39 SGB V - Krankenhausbehandlung

- es ist für gesetzlich Versicherte keine zusätzliche Klärung mit der Krankenkasse notwendig
- die Einweisung muss direkt auf die Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen ausgestellt sein

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i> <input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG) Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

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), Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0), Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0), 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)

weiterhin bei Jugendlichen → mittelgradige depressive Episode (F32.1), Somatisierungsstörung (F45.0), Anorexia nervosa (F50.0), Bulimia nervosa (F50.2)

Beispiele Erwachsene → rezidivierende mittelgradige depressive Episode (F33.1), 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.

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.

Weiterhin verarbeiten wir im Rahmen des stationären Aufenthaltes Ihre Daten zur Weiterentwicklung von Dienstleistungen im Sinne der Patientenorientierung. Als Quelle nutzen wir z. B. das aktive Ideen-/Kritik- Beschwerde-/Meinungsforum.

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), Patientenportalen usw. die betreffenden personenbezogenen Daten in schriftlicher oder digitaler Form 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 Rechteverfolgung) 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.