



Heiligenfeld
Leben lieben



Aufnahmeunterlagen für gesetzlich 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 gesetzlich Versicherte Kinder

Allgemeine Informationen und Checkliste zu benötigten Unterlagen

Selbstdarstellungsbogen für Kinder von 3 - 13 Jahre

Datenschutzinformationen

Informationen zu Schutzimpfungen

Informationen für schulpflichtige Patienten

Fragebogen für den Arzt/Therapeuten

Information und Hilfestellung für den einweisenden Arzt

Der Weg nach Heiligenfeld für gesetzlich Versicherte

Liebe Heiligenfeldinteressierte, liebe Mutter, lieber Vater, liebe/r Sorgeberechtigte/r,

Sie möchten mit Ihrem Kind zur stationären psychosomatischen Therapie in unsere Klinik kommen. Dafür haben wir für Sie auf den nächsten Seiten die Aufnahmeunterlagen für gesetzlich Versicherte 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, nährende 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.

Wer übernimmt die Kosten des Aufenthaltes?

Für Kinder, die als Patienten in die Familientherapie zu uns kommen, ist die gesetzliche Krankenkasse der Kostenträger für die Krankenhausbehandlung. Die Therapie muss im Vorfeld nicht bei Ihrer Krankenkasse beantragt oder abgesprochen werden. Senden Sie uns einfach zusammen mit den übrigen Aufnahmeunterlagen die von Ihrem behandelnden (Kinder-) Arzt oder Therapeuten ausgestellte Krankenhaus-Einweisung (sog. "Verordnung von Krankenhausbehandlung") zu.

Wie lange sind die Wartezeiten bis zur Aufnahme?

Die Wartezeiten sind sehr unterschiedlich, je nach Familiengröße und dem Alter Ihres Kindes ist/Ihrer Kinder. Da die Aufenthaltsdauer in unserem Haus sehr individuell ist, ist es nicht möglich bereits bei Anmeldung konkrete Termine zu vereinbaren. Bitte stellen Sie sicher, dass Sie telefonisch gut erreichbar sind, damit nicht zu Verzögerungen kommt, wenn wir Sie wegen eines möglichen Aufnahmetermins kontaktieren möchten.

Natürlich sind wir stets bemüht, Ihnen und Ihrer Familie eine zeitnahe Aufnahme zu ermöglichen.

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 sich die Verweildauer auch deutlich verlängern. Dies geschieht in Absprache mit Ihrem Bezugstherapeuten.

Informationen zur Therapie

Durch das Konzept der "7-Tage-Therapie" ermöglichen wir es unseren Patienten, einen kontinuierlichen therapeutischen Prozess zu erleben. Dies ist ein wohlüberlegter, umfassender Behandlungsplan, der alle Wochen ebenso wie Feiertage umfasst. Für Weihnachten gibt es ein spezielles, festliches Programm. Es ist Ihnen möglich Besuch einzuladen und gemeinsam mit der engsten Familie zu feiern (evtl. wird es 2020 durch Corona

Einschränkungen geben). Teilen Sie uns gerne Ihre Wünsche zum Aufenthalt über Weihnachten auf beiliegendem Info-Blatt mit.

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 zusammenhängenden Zimmereinheiten.

Möchten Sie die Heiligenfeld Klinik Waldmünchen im Vorfeld gerne kennen lernen?

Dafür bieten wir in der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen Besuchertermine an.

Sie erhalten Informationen von MitarbeiterInnen des Aufnahmemanagements und des therapeutischen Teams, nehmen an einer Hausführung teil und haben Gelegenheit Ihren individuellen Aufnahmeweg zu besprechen. Bitte vereinbaren Sie per Telefon unter 09972/308-0 Ihren Besuchstermin. Bitte nicht auf "Gut Glück" anreisen.

Krisenintervention für regionale Patienten

In der stabilisierenden Kurzzeittherapie behandeln wir ausschließlich Patienten unserer Region. Die maximale Behandlungsdauer in dieser Gruppe beträgt 15 Tage, so dass aufgrund der regionalen Beschränkung eine sehr kurzfristige Aufnahme gewährleistet werden kann.

Es werden Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen aufgenommen, die durch einschneidende Veränderungen im Lebensumfeld oder durch belastende und traumatisierende Erfahrungen ausgelöst wurden. Solche krisenhaften Zuspitzungen können z. B. im Zusammenhang mit schweren Belastungssituationen in der Schule (Mobbing), Verlusterfahrungen oder Beziehungskrisen auftreten

Wichtig: Erreichbarkeit per Email & Telefon

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.

Bei weiteren Fragen hilft Ihnen unser Aufnahmeteam gerne weiter.

Sie erreichen uns montags bis donnerstags 08:00 Uhr bis 12:30 Uhr und von 13:00 Uhr bis 16:30 Uhr und freitags 08:00 Uhr bis 12:30 Uhr und von 13:00 Uhr bis 14:00 Uhr telefonisch unter **09972/308-0**.

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

Mehr Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite www.heiligenfeld.de.

Schöne Grüße

Ihr Aufnahmeteam der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

• CHECKLISTE AUFNAHMEUNTERLAGEN FÜR GESETZLICH VERSICHERTE KINDER (3 - 13 JAHRE)

- Den eigenhändig, handschriftlich und vollständig ausgefüllten Selbstdarstellungsbogen für Patienten Kinder inkl. aller Unterschriften
- Einen aktuellen ärztlichen oder therapeutischen Bericht nicht älter als 4-5 Monate
- Entlassberichte aus stationären psychosomatischen/psychiatrischen Klinikaufenthalten der letzten 5 Jahre (falls zutreffend)
- Krankenhaus-Einweisung ausgestellt auf die "Heiligenfeld Klinik Waldmünchen"
- Den aktuellen Hilfeplan des Jugendamtes (falls zutreffend)

Den Selbstdarstellungsbogen einschließlich Unterschriften und Krankenhaus-Einweisungen benötigen wir immer im Original!



ALLGEMEINES

WIE SIND SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Freunde/ Bekannte
 Arzt/ Therapeut
 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!

Bitte die fertiggestellten Unterlagen im **Original** und **nur per Post** (nicht Email/Fax) an uns senden.

WAREN SIE SCHON MAL GAST AN UNSEREM BESUCHERTAG?

- Nein Ja, am

DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

1. BEHANDLUNGSWUNSCH

- FÜR WELCHE ART DER BEHANDLUNG Reguläre Langzeit-Therapie (Ø Aufenthaltsdauer ca. 8 Wochen)
MÖCHTEN SIE SICH ANMELDEN ? Zweiwöchige Kriseninterventions-Therapie (nur regionale Patienten)

2. 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!

3. KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS: gesetzlich privat beihilfeberechtigt

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE: _____

BESTEHT EINE PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG?: ja nein BEI: _____

SOLLEN FOLGENDE LEISTUNGEN FÜR DEN AUFENTHALT IN ANSPRUCH GENOMMEN WERDEN?

Wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) ja nein

Falls ja, setzen Sie sich mit uns in Verbindung

Krankenhaustagegeld ja nein

Falls ja, setzen Sie sich mit Ihrer privaten Zusatzversicherung in Verbindung

4. 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: _____

5. 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 Betreuers an

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

6. SORGERECHT

	NAME	AUFNAHME ALS PATIENT	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		<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 8** ist eine Aufnahme **nicht** möglich.*

7. GESCHWISTER

NAME	GESCHLECHT	GEBURTSDAT./ ALTER	LEBT IM HAUSHALT?	KOMMT MIT IN DIE KLINIK?	H/S *
	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Bitte Halb- (=H) und Stiefgeschwister (=S) vermerken*

8. LEBENSITUATION

a) WOHSITUATION

- 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 LEBT MIT IN HÄUSLICHER GEMEINSCHAFT?

- Ja Nein

d) BESUCHT EINE KITA

- Ja Nein

e) EINSCHULUNG des Kindes

- zeitgerecht vorzeitig zurückgestellt unbekannt

f) BESUCHT DIE SCHULE

- Noch nicht, Einschulung am: Ja, Klassenstufe: aktuell Nein*

*Wenn aktuell nein,
seit wann und warum? _____

g) SCHULART

- Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Ersatzschule Förderschule

h) BESTEHT FÖRDERBEDARF

- Ja Nein

Wenn ja,
aus welchem Grund? _____

9. PERSÖNLICHE ANGABEN ZU IHREM KIND

a) BITTE GEBEN SIE DIE GRÖÖE (CM) UND DAS GEWICHT (KG) IHRES KINDES AN?

b) MEDIZINISCHE VORERKRANKUNG, KÖRPERL. BEEINTRÄCHTIGUNG ODER BEHINDERUNGEN

- Ja Nein

Welche: _____

(seit) wann: _____

c) 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

d) BEKOMMT IHR KIND EINE REGELMÄÖIGE MEDIKATION (TABLETTEN/SPRITZEN/ETC.)?

- Ja Nein

Name des Medikamentes: _____

Seit wann: _____

Dosierung: _____

Einnahmezeiten: _____

10. SELBSTDARSTELLUNG, MOTIVATION UND ERWARTUNGEN

a) BITTE BEURTEILEN SIE IHR KIND, SO WIE ES SICH IN DEN LETZTEN MONATEN GEZEIGT HAT, ANHAND FOLGENDER AUSSAGEN. AM ENDE DES FRAGEBOGENS HABEN SIE SELBST DIE MÖGLICHKEIT, WEITERE AUFFÄLLIGKEITEN, STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DES KINDES ANZUFÜHREN:		sehr oft	oft	manch mal	eher selten	sehr selten
		sehr gut	gut	teils-teils	eher schlecht	sehr schlecht
1	ist altersgemäß selbstsicher; kann für sich eintreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	zeigt Angst vor Prüfungen; zeigt Angst zu versagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	äußert Schuldgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	hat Ängste vor ganz bestimmten Situationen, Tieren o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	erscheint niedergeschlagen, bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	wacht nachts wegen Angstträumen auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	zeigt Angst / Abneigung / Verweigerung, die Schule zu besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	hat viele Ideen und ist an Vielem interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	äußert Gedanken, nicht mehr leben zu wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	zeigt Angst, dass Schlimmes passieren könnte (Unfall, Krankheit, Tod eines Angehörigen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	kann Kritik an sich ertragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	muss bestimmte Dinge immer wieder tun, um beruhigt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	kann sich altersgemäß von den Eltern trennen, ohne unangemessen Angst zu haben; kann alleine sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	wird von anderen gehänselt, schikaniert; fühlt sich abgelehnt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	gerät mit Gleichaltrigen in Streit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	kann sich an Regeln halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	verträgt sich mit seinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	zeigt Respekt gegenüber Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	ist gerne Anführer und Bestimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	kann sich darüber mitteilen, wie es ihm geht und was es braucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	nimmt Rücksicht auf die Bedürfnisse anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	hält angemessene Distanz zu fremden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	sagt die Wahrheit; zeigt sich ehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	kann zu Gleichaltrigen gut Kontakt aufnehmen; hat Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	nimmt Sachen an sich, die ihm nicht gehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	ist immer wieder beteiligt bei körperlichen Auseinandersetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	zieht sich zurück; meidet Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	macht andere verantwortlich für eigene Fehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	hat sich wiederholende, unsinnige oder erschreckende Gedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	meidet ganz bestimmte Situationen oder Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	hat wiederkehrende Erinnerungen an ein schlimmes Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	hat wenig Appetit; isst nur bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	kann gut ein- und durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	klagt über körperliche Beschwerden (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	isst/nascht übermäßig viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	kotet nachts oder tagsüber ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	nässt nachts oder tagsüber ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr oft	oft	manch mal	eher selten	sehr selten
	sehr gut	gut	teils-teils	eher schlecht	sehr schlecht
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) HIER KÖNNEN SIE WEITERE AUFFÄLLIGKEITEN, STÄRKEN UND SCHWÄCHEN IHRES KINDES NOTIEREN:	sehr oft	oft	manch mal	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) SPIELT RELIGION/SPIRITUALITÄT IN IHRER FAMILIE EINE GROßE ROLLE?

Ja

Nein

Wenn ja, welche:

d) 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)

e) URSACHEN

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

f) 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:**

11. 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

VORAUFEHALTE IN HEILIGENFELD KLINIKEN

Wurde ihr Kind bereits in einer Heiligenfeld-Klinik stationär behandelt?

Nein

Ja

Klinik: _____

Schweigepflichtsentbindung zur Anforderung von Entlassberichten aus den Heiligenfeld Kliniken

Ich entbinde hiermit die oben genannte Klinik von der Schweigepflicht, soweit dies für die vorstationäre medizinische Prüfung meiner Aufnahme und meine Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Entlassberichte und ähnliche Unterlagen, die die oben genannte Klinik über mich besitzt, zur Sachaufklärung und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen dem Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass die Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung freiwillig abgegeben wird und jederzeit widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Ja, siehe unten

Nein, ich erteile keinerlei Schweigepflichtentbindung

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 Name und Adresse des Empfängers vollständig angegeben sind.**

Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen.

Personen	Name(n) (PLZ, Ort, Straße, Telefon)
Eltern Sorgeberechtigte/Vormund
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 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

Sorgeberechtigter Betreuer/Vormund (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



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.



Einwilligung zur Medikation von Kindern + Jugendlichen in KrisensituationenV_201

Sehr geehrte Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Vorname und Name des Kindes/Jugendlichen

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/ BETREUER	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	-----	
PFLEGEELTERN VORMUND/ BETREUER	<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. Patienten, 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



Liebe/r Patient/in,

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 Kindern, 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



Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

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

Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, dass unsere Patienten sich ganz auf die Therapie einlassen können, gesunden und ihren Aufenthalt bei uns als heilende Zeit erleben.

Aufgrund der hohen Therapiedichte von bis zu 30 Stunden ist es weder möglich noch sinnvoll, gleichzeitig eine Schule zu besuchen. Um den Anschluss trotzdem halten zu können, bieten wir Schülern dreimal in der Woche jeweils für eine Stunde die Einheit "Lernen lernen" an. Im Wesentlichen fördern wir in diesem Programm unsere Patienten darin, in einer angemessenen Atmosphäre konzentriert arbeiten zu können.

Inhaltliche Fragestellungen können im Rahmen der Möglichkeiten beantwortet werden.

Sie können Ihre Tochter/ Ihren Sohn unterstützen, indem Sie sich, falls gewünscht, frühzeitig mit der Schule in Verbindung setzen und sich Schulmaterial für die Dauer des Aufenthaltes mitgeben lassen.

Es ist von Vorteil, wenn Sie das Material einschließlich der notwendigen Bücher bereits zur Anreise mitbringen. Sie können sich den aktuellen Lernstoff auch während des Aufenthaltes herschicken lassen (Info siehe unten).

Insgesamt bleibt die Betreuung der Lernaufgaben, wie auch zu Hause, in Ihrer eigenen Verantwortung. Wir empfehlen, dass Sie z. B mit Ihrer Tochter/ Ihrem Sohn besprechen, welche Aufgaben im Verlauf des Aufenthaltes zu erledigen sind.

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

PER POST:

Heiligenfeld GmbH
Klinik Waldmünchen
z. Hd. Vor- und Nachname des Patienten
Krankenhausstraße 3
93449 Waldmünchen

PER FAX:

09972 308-126

PER E-MAIL: verwaltung.waldmuenchen@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



Fragebogen für den Arzt/Therapeuten

zur Vorbereitung des stationären psychosomatischen Aufenthaltes

Heiligenfeld

Klinik Waldmünchen

Heiligenfeld-GmbH
Klinik Waldmünchen
Krankenhausstraße 3
93449 Waldmünchen

ZUSENDUNG GERNE AUCH PER FAX ODER EMAIL

Fax-Nr.: 09972-308 115

Email: aufnahme.waldmuenchen@heiligenfeld.de

DATUM:

.....

1. 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: _____

2. ANGABEN ZUM PATIENTEN/DER PATIENTIN

a) **GESCHLECHT** weiblich männlich

b) **GEBURTSDATUM** _____

c) **NAME, VORNAME:** _____

d) **STRASSE, HAUSNUMMER:** _____

e) **PLZ, WOHNORT:** _____

f) **TELEFON-/MOBILNUMMER:** _____

g) **EMAIL-ADRESSE:** _____

h) SEIT WANN IST DIE PATIENTIN/DER PATIENT BEI IHNEN IN BEHANDLUNG? DATUM:.....

i) WELCHE ART DER BEHANDLUNG IST FÜR DIE PATIENTIN/DEN PATIENTEN ANGEZEIGT?

- Reguläre Langzeit-Therapie (Ø Aufenthaltsdauer ca. 8 Wochen)
- Zweiwöchige Kriseninterventions-Therapie (nur regionale Patienten)

3. KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS: gesetzlich privat

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE: _____

4. ANGABEN ZUR THERAPIEFÄHIGKEIT

a) Besteht eine ausreichende Eigenmotivation? Ja Nein

b) Ist Ihr Patient in einem psychosomatischen Setting gruppentherapiefähig? Ja Nein

Wenn nein, weshalb: _____

5. MEDIZINISCH/PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGABEN ZUM PATIENTEN

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

F- _____

F- _____

F- _____

F- _____

Weitere: _____

a) Bitte geben Sie die Körpergröße _____ und das Gewicht _____ des Patienten an.

b) Besteht aktuell eine Suchtproblematik Ja Nein

Wenn Ja welche? Bitte beschreiben Sie den Schweregrad _____

Ist ihr Patient hinsichtlich Substanzkonsum (Alkohol, Drogen) abstinenzfähig- und bereit? Ja Nein

Wenn nein, weshalb? _____

c) Dekompensation bereits bestehender Symptomatik Ja Nein

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

e) Besteht Chronifizierungsgefahr Ja Nein

f) Ist Ihr Patient akut suizidal Ja Nein

g) Gab es in den letzten 6 Monaten einen/mehrere Suizidversuch(e) Ja Nein
 Wenn ja, wie viele: _____ Wann zuletzt: _____

h) Ist Ihr Patient aktuell psychotisch/(hypo-)manisch Ja Nein

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

j) Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung? Ja Nein

k) Benötigt Ihr Patient pflegerische Unterstützung? Ja Nein
 Wenn ja wobei: _____

l) Kann sich ihr Patient selbstständig in einem rollstuhlgerechten, aber nicht barrierefreien Gebäude bewegen und orientieren? Ja Nein
 Wenn nein weshalb: _____

m) Liegen schwerere (Vor-) Erkrankungen, körperl. Beeinträchtigungen/Behinderungen, vor? Ja Nein
 Falls ja, welche (bitte entsprechende Berichte beifügen) _____

6. ANGABEN ZU PSYCHOSOMATISCHEN MAßNAHMEN

a) Ist Ihr Patient aktuell in ambulanter, psychotherapeutischer Behandlung? Ja, seit: _____ Nein
 Wenn nein, weshalb ist dies nicht angezeigt: _____

b) **Ambulante Therapie** Wartezeit zu lang Kein Platz verfügbar Maßnahmen ausgeschöpft
 Ambulantes Setting ungeeignet

c) Ist eine Herausnahme aus dem heimischen Milieu indiziert? Ja Nein

d) Sind Therapiedichte sowie die multimodalen Behandlungsmöglichkeiten eines stationären Krankenhaussettings notwendig für die Behandlung Ihres Patienten? Ja Nein

7. MEDIKAMENTE

Nimmt Ihr Patient 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:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. SONSTIGE, IHNEN WICHTIGE ANGABEN

Ggf. auf der Rückseite fortsetzen

9. ZUSÄTZLICH FÜR KINDER

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

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

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

- e) Besteht eine manifeste Essstörung Ja Nein

Wenn ja, wie äußert sich diese: _____

- f) War das Kind/der Jugendliche im letzten halben Jahr fremduntergebracht? Ja Nein

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

10. UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift/Arztstempel

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 Waldmünchen ausgestellt sein

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

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)

weiterhin bei Jugendlichen → Somatisierungsstörung (F45), Anorexia nervosa (F50.0), Bulimia nervosa (F50.2), abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.0)

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.

Mitaufnahme von Begleitkindern

Sollte die Krankenkasse bei der Beantragung der "Haushaltshilfe" für Begleitkinder eine Notwendigkeitsbescheinigung von ärztlicher Seite benötigen, können folgende mögliche Begründungen angegeben werden:

- ❖ Vermeidung eines Bindungsverlustes, welcher zu erheblichen psych. Beeinträchtigungen führen könnte
- ❖ Notwendige Unterstützung des Therapieverlaufs durch Einbeziehung der Begleitperson in die Therapie