



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 – Allgemeine Informationen

Wichtige Bearbeitungshinweise und Checkliste zu benötigten Unterlagen

Selbstdarstellungsbogen für Kinder von 3 – 13 Jahre

Datenschutzinformationen

Einwilligung der Sorgeberechtigten zur Bedarfsmedikation

Informationen für schulpflichtige Patienten

Informationen zu Schutzimpfungen

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

Information und Hilfestellung für den*die Arzt*Ärztin/Therapeuten*Therapeutin

Der Weg nach Heiligenfeld für Kinder

(3-13 Jahre, gesetzlich versichert)

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

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, nährnde Beziehungen zu anderen aufbauen und halten zu können.

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

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

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

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

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

Der konzeptionelle Ansatz der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen ist familiensystemisch.

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

Kinder unter 14 Jahren werden nicht alleine aufgenommen.

Wie lange dauert der Aufenthalt in der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen?

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

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

Wie sind Sie untergebracht?

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

Weitere Informationen?

In den Unterlagen für die Erwachsenen finden Sie weitere Informationen.

Die Anmeldung erfolgt nicht durch Anruf oder Zusendung einzelner Unterlagen.

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

Der Ablauf Ihrer Anmeldung

1. Schritt:

Sie senden uns die vollständigen Aufnahmeunterlagen zu.

Bearbeitungshinweise:

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

2. Schritt:

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

3. Schritt:

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

4. Schritt:

Nach der Freigabe ist Ihre Anmeldung abgeschlossen und wir können Sie auf unserer Warteliste führen.
Erst JETZT beginnt die Wartezeit zu laufen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir keine Wunschtermine anbieten.
Wir gehen davon aus, dass Menschen, die sich bei uns anmelden, bereit sind anzureisen, sobald wir freie Plätze haben.

5. Schritt:

Wir kontaktieren Sie ca. **8-14 Tage** vor einem möglichen Aufnahmetermin telefonisch und/oder per Email.
Wenn Sie auf der Standby-Liste geführt werden, ist der Zeitraum ggf. deutlich kürzer (ggf. **4-5 Tage**).

Wichtig: Erreichbarkeit

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

Die vorab benötigten Unterlagen:

- 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 bei/von 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 – Ihre 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 Sie mit unserem ersten Schreiben bekommen.

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

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

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

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

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

Schöne Grüße vom Aufnahmeteam der

Heiligenfeld Klinik Waldmünchen
Familienklinik



Selbstdarstellungsbogen Patientenkinder (ab 3 Jahren)

ALLGEMEINES

WIE SIND SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

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

Bitte lesen Sie sich alle Fragen genau durch!

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

Wichtig: Wir bitten um Beachtung unserer beigelegten Bearbeitungshinweise.

WAREN SIE SCHON MAL GAST AN UNSEREM KENNENLERN-TAG?

- Nein Ja, am

DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

BEHANDLUNGSWUNSCH

ART DER BEHANDLUNG

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

1. ANGABEN ZU IHREM KIND

weiblich männlich Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Staatsangehörigkeit: D TR A sonstige: _____

NAME, VORNAME: _____

STRASSE, HAUSNUMMER: _____

PLZ, WOHNORT: _____

TELEFONNUMMER: _____

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

JA, GELESEN

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

2. KOSTENTRÄGER

VERSICHERUNGSSTATUS:

- gesetzlich privat beihilfeberechtigt

NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE _____

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

EINWEISENDE* R ÄRZTIN/ARZT ODER THERAPEUT* IN

BEHANDELNDE* R ÄRZTIN*ARZT ODER THERAPEUT* IN

Name, Vorname _____

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Email-Adresse: _____

4. JUGENDAMT

IST DAS JUGENDAMT IN DIE BETREUUNG/ERZIEHUNG EINBEZOGEN?

Ja

Nein

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

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

5. SORGERECHT

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

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

6. LEBENSITUATION

a) WOHSITUATION

bei den Eltern lebend

bei der Mutter lebend

beim Vater lebend

Wechselmodell Mutter/Vater

bei Adoptiveltern lebend

bei Pflegeeltern lebend

bei anderen Ersatzeltern lebend

in Einrichtung lebend

in Reha/Therapieeinrichtung

b) BESTEHT KONTAKT ZUM GETRENNT LEBENDEN ELTERNTEIL?

kein Kontakt

selten

regelmäßig

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

Ja

Nein

d) BESUCHT EINE KITA

Ja

Nein

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

EINWEISENDE* R ÄRZTIN/ARZT ODER THERAPEUT* IN

BEHANDELNDE* R ÄRZTIN*ARZT ODER THERAPEUT* IN

Name, Vorname _____

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Email-Adresse: _____

4. JUGENDAMT

IST DAS JUGENDAMT IN DIE BETREUUNG/ERZIEHUNG EINBEZOGEN?

Ja

Nein

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

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

5. SORGERECHT

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

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

6. LEBENSITUATION

a) WOHSITUATION

bei den Eltern lebend

bei der Mutter lebend

beim Vater lebend

Wechselmodell Mutter/Vater

bei Adoptiveltern lebend

bei Pflegeeltern lebend

bei anderen Ersatzeltern lebend

in Einrichtung lebend

in Reha/Therapieeinrichtung

b) BESTEHT KONTAKT ZUM GETRENNT LEBENDEN ELTERNTEIL?

kein Kontakt

selten

regelmäßig

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

Ja

Nein

d) BESUCHT EINE KITA

Ja

Nein

e) ANGABEN ZUR SCHULE

Einschulung des Kindes zeitgerecht vorzeitig zurückgestellt unbekannt

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

Schulart Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Ersatzschule Förderschule

Besteht Förderbedarf Ja Nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

7. PERSÖNLICHE ANGABEN ZU IHREM KIND

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

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

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

Stationärer Aufenthalt Bei: Wann: _____

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

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

8. SELBSTDARSTELLUNG, MOTIVATION UND ERWARTUNGEN

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

b) HIER KÖNNEN SIE WEITERE AUFFÄLLIGKEITEN, STÄRKEN UND SCHWÄCHEN IHRES KINDES NOTIEREN:	sehr oft	oft	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"/>				

c) WICHTIGSTE PROBLEME

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

d) URSACHEN

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

e) ERWARTUNGEN

Was erwarten Sie sich von der Psychotherapie in unserer Klinik?

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

9. UNTERSCHRIFTEN

VERSAND

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

Unterschrift

DATENSCHUTZ

Patienteninformationen zur Erhebung personenbezogener Daten

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

Ort, Datum

Unterschrift

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGEN

Ja, siehe unten Nein, ich erteile keinerlei Schweigepflichtentbindung

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

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

Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen.

Personen	Name(n) (PLZ, Ort, Straße, Telefon)
Eltern Sorgeberechtigte/Vormund*in	_____
Jugendamt/ Familienhilfe/ Beratungsstelle	_____
Einweisende(r) Ärztin/Arzt	_____
Therapeutin/Therapeut	_____
Krankenkasse	_____
Sonstige	_____

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

UNTERSCHRIFTEN ZUM SORGERECHT

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

Sorgeberechtigter Vater:

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

Sorgeberechtigte Mutter:

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

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

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

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

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

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

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen umgehend mit.

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

RICHTIGKEIT ALLER ANGABEN

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

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r



Einwilligung zur Medikation von Kindern + Jugendlichen in Krisensituationen

Version: 231_HNT

Sehr geehrte Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Vorname und Name Kind/Jugendliche*r

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

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

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

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

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

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

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

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

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

—
GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

—
SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

—
GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

—
KLINIK WALDMÜNCHEN

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

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 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
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

Mögliche Diagnosen

Beispiele Kinder → hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), Störung des Sozialverhaltens (F91), 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.



Informationen für schulpflichtige Patienten

Version: 241_HNT

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PER POST:

Heiligenfeld GmbH
Klinik Waldmünchen

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

Krankenhausstraße 3
93449 Waldmünchen

PER FAX:

09972 308-126

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

—
GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

—
SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

—
GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

—
KLINIK WALDMÜNCHEN

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



Liebe Patientin, lieber Patient

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

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

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

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

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

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

Ihr Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

—
GESCHÄFTSFÜHRUNG

Stephan Greb
Michael Lang
Birgit Winzek

—
SITZ DER GESELLSCHAFT

Bad Kissingen
Registergericht
Schweinfurt HRB 2271

—
GERICHTSSTAND

Amtsgericht Bad Kissingen
Landgericht Schweinfurt

—
KLINIK WALDMÜNCHEN

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



Patienteninformationen

zur Erhebung personenbezogener Daten

Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden

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

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

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

Von wem erhalten wir Ihre Daten?

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

Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

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

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

Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Krankenhausträger

Die Grundlage dafür, dass der Krankenhausträger Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass der Krankenhausträger für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die dem Krankenhausträger eine Verarbeitung der Daten erlauben.

Genannt sei hier insbesondere die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), z. B. Art. 6, 9 DS-GVO, die auch in Deutschland gilt und ausdrücklich regelt, dass Daten von Patienten verarbeitet werden dürfen. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z. B. § 301 SGB V, im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), insbesondere § 22 BDSG (n.F.) und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

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

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

Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien

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

Mögliche Empfänger Ihrer Daten

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

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

Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

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

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

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

Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings

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

Widerruf erteilter Einwilligungen

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

Wahrnehmung berechtigter Interessen des Krankenhausträgers

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

Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

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

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

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

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

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

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

Datenschutzbeauftragter des Krankenhauses

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

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

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.