

## ALLGEMEINES

### WIE BIST DU AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Freunde/ Bekannte
- Arzt/ Therapeut
- Beratungsstelle/ Jugendamt
- Internet
- sonstiges:

Bitte lies Dir alle Fragen genau durch!

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

### WARST DU SCHON MAL GAST AN UNSEREM BESUCHERTAG?

- Nein  Ja, am .....

### DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

## 1. BEHANDLUNGSWUNSCH

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

## 2. ANGABEN ZUR PERSON

weiblich  männlich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

NAME, VORNAME: \_\_\_\_\_

STRASSE, HAUSNUMMER: \_\_\_\_\_

PLZ, WOHNORT: \_\_\_\_\_

TELEFON + MOBILNR.: \_\_\_\_\_

EMAIL-ADRESSE \_\_\_\_\_

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

TELEFONISCHE ERREICHBARKEIT  Ja, gelesen

Bitte gib unbedingt die **korrekte Telefon-/Mobilnummer** an, unter der Du **zuverlässig erreichbar** bist und teile uns alle Änderungen umgehend mit. Solltest Du einen Anrufbeantworter oder die Mobilbox verwenden, stelle bitte sicher, dass Du die Nachrichten regelmäßig abhörst und unsere Rückrufbitte Dich erreichen kann.

Diese Unterstützung benötigen wir vor allem für die **Abstimmung Deines Aufnahmetermins**.

Wenn wir freie Plätze haben und Dich nicht erreichen können, kann es zur deutlichen Verlängerung Deiner Wartezeit kommen.

### 3. KOSTENTRÄGER

- a) VERSICHERUNGSSTATUS:  gesetzlich  privat
- b) NAME DES KOSTENTRÄGERS/DER KRANKENKASSE: \_\_\_\_\_
- c) BESTEHT EINE PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG?:  ja  nein BEI: \_\_\_\_\_
- a) 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: _____

*Bitte den Arzt/Therapeuten-Fragebogen (im Anhang) ausfüllen lassen und mit zurückschicken. Danke.*

### 5. JUGENDAMT

- IST DAS JUGENDAMT IN DIE BETREUUNG/ERZIEHUNG EINBEZOGEN?  Ja  Nein
- Wenn ja, hier bitte den Namen, die Funktion und die Telefon-Nr. des Betreuers angeben:

*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 9** ist eine Aufnahme **nicht** möglich.*

## 7. LEBENSITUATION

### a) WOHSITUATION

- bei den Eltern lebend                       bei der Mutter lebend                       beim Vater lebend  
 allein lebend                       in einer Einrichtung lebend                       mit Partner/in zusammen  
 sonstige: \_\_\_\_\_

### b) Besteht Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil?

- kein Kontakt     selten     regelmäßig

### c) Neue(r) Partner/In des Elternteils lebt mit in häuslicher Gemeinschaft?

- Ja     Nein

## 8. SCHULISCHE / BERUFLICHE SITUATION

### a) Schule \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_

### b) BESUCHST DU AKTUELL DIE SCHULE?

- Ja     Nein

Wenn nein,

seit wann und warum: \_\_\_\_\_

### c) SCHULART

- Hauptschule     Realschule     Gymnasium     Ersatzschule     Förderschule

### d) SCHULABSCHLUSS:

- Ja, welcher: \_\_\_\_\_  Nein

### e) STUDIUM, BERUFS-AUSBILDUNG, BERUFSTÄTIGKEIT: \_\_\_\_\_

### f) SCHUL-/ARBEITSUNFÄHIG

- Nein

Ja, seit: \_\_\_\_\_

### g) ARBEITSLOS

- Nein

Ja, seit: \_\_\_\_\_

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

- Ja     Nein

## 9. PERSÖNLICHES

### a) BESTEHT BEI DIR EINE SCHWANGERSCHAFT?

- Ja     Nein

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

### b) BITTE GIB DEINE KÖRPERGRÖSSE UND DEIN GEWICHT AN

\_\_\_\_\_ cm    \_\_\_\_\_ kg

### c) BIST DU MIT DEINEM GEWICHT ZUFRIEDEN

- Ja     Nein, Wohlfühlgewicht \_\_\_\_\_ kg

### d) GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN DEINEM ESSVERHALTEN?

- Ja     Nein

Falls ja, welche?

- Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln     Diäten  
 Erbrechen (falls ja,  häufiger als 1x täglich?)     Hungerphasen  
 unregelmäßige Mahlzeiten     Essanfälle

### e) BESTEHEN NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN ODER LEBENSMITTEL ALLERGIEN?

- Ja     Nein

Falls ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

### f) IST DIESBEZÜGLICH EINE BESONDERE ZUBEREITUNG DER SPEISEN ERFORDERLICH?

- Ja     Nein

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

g) SPIELT FÜR DICH RELIGION / SPIRITUALITÄT EINE GROSSE ROLLE?

Ja

Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

h) MEDIZINISCHE VORERKRANKUNG, KÖRPERL. BEEINTRÄCHTIGUNG ODER BEHINDERUNGEN

Ja

Nein

Welche: \_\_\_\_\_

seit wann: \_\_\_\_\_

i) WARST DU SCHON EINMAL IN PSYCHATRISCHER / PSYCHOSOMATISCHER BEHANDLUNG?

Ja

Nein

Ambulante Behandlung

Bei: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Stationärer Aufenthalt

Bei: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

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

j) BEKOMMST DU EINE REGELMÄßIGE MEDIKATION (TABLETTEN/SPRITZEN/ETC.)?

Ja

Nein

Name des Medikamentes

Dosierung:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

k) SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN – VERLETZT DU DICH SELBST?

Ja

Nein

Auf welche Weise \_\_\_\_\_

wie oft \_\_\_\_\_

wann zuletzt \_\_\_\_\_

l) HAST DU JEMALS EINEN SUIZIDVERSUCH UNTERNOMMEN?

Ja

Nein

wie oft \_\_\_\_\_

wann zuletzt \_\_\_\_\_

m) HÄLTST DU DICH AKTUELL FÜR SUIZIDGEFÄHRDET?

Ja

Nein

n) BIST DU SCHON EINMAL MIT DEM GESETZ IN KONFLIKT GERATEN?

Ja

Nein

Wenn ja, weswegen  
und wann zuletzt \_\_\_\_\_

o) BIST DU VORBESTRAFT?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und  
weswegen \_\_\_\_\_

## 10. UMGANG MIT SUCHTMITTELN

a) RAUCHST DU ?

Ja  Nein

Was

Wie viel

Wie oft

b) BIST DU MOTIVIERT, WÄHREND DER THERAPIE DAMIT AUFZUHÖREN?

Ja  Nein

c) TRINKST DU ALKOHOHL?

Ja  Nein

Was und wieviel

Wie oft

Wann zuletzt

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

Ja  Nein

e) NIMMST OGER NAHMST DU DROGEN?

Ja  Nein

Wenn ja, mache hier bitte genauere Angaben:

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

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

Ja  Nein

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

Wenn ja, mache hier bitte genauere Angaben:

Was Wieviel Wie oft Wann zuletzt

## 11. SELBSTDARSTELLUNG, MOTIVATION UND ERWARTUNGEN

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

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

**b) WICHTIGSTE PROBLEME**

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

---

---

---

---

**c) ERFAHRUNG**

- Falls Du schon Therapieerfahrung hast, wie konntest Du davon profitieren?

---

---

**d) ERWARTUNGEN**

- Was erwartest Du für Dich von einer guten Therapie?  
Was soll sich verändern und wodurch? **Gib bitte drei möglichst konkrete Ziele an:**

---

---

---

- Welche Erwartungen hast Du allgemein an eine gute Therapie?

---

---

**e) GRUPPENTHERAPIE**

- Der überwiegende Teil der Behandlung findet in Gruppen, innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft statt.  
**Wie denkst Du, dass Du dies für Dich nutzen könntest?**

---

---

**f) MOTIVATION**

- Bitte schätze auf dieser Skala Deine Therapiemotivation ein.  
(1 bedeutet dabei keine Motivation, 10 bedeutet sehr hohe Motivation)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## 12. MOTIVATIONSBERICHT

**BITTE SCHREIBE EINE BEGRÜNDUNG (MOTIVATIONSBERICHT), WESHALB ES GUT FÜR DICH IST, GERADE JETZT BEI UNS IN DER HEILIGENFELD-KLINIK WALDMÜNCHEN EINE THERAPIE ZU MACHEN**

(Bitte per Hand und möglichst mindestens eine Seite schreiben)

**-> ÜBER DIE AUFNAHME KANN NUR ENTSCHIEDEN WERDEN WENN DIESE BEGRÜNDUNG VORLIEGT <-**

**Folgende Fragen müssen nicht zwingend beantwortet werden und gelten als Leitfaden für Deine Begründung:**

- Was siehst Du als Ursache Deiner Probleme?
- Was hat sich in den letzten Monaten/Jahren so gravierend verschlechtert, dass Du in eine Klinik möchtest?
- Welche konkreten Ereignisse bringen Dich dazu, Dich jetzt verändern zu wollen?
- Warum bist Du gerade jetzt bereit dazu eine stationäre Psychotherapie zu machen? Warum reicht ambulante Behandlung nicht?
- Wofür möchtest Du diese Chance in der Klinik nutzen?
- Wie wirst/möchtest Du nach der Behandlung sein?



## 13. UNTERSCHRIFTEN

### ANSPRECHPARTNER

Bist Du damit einverstanden, dass wir aufnahmerelevante Fragen mit Deinen Eltern/Sorgeberechtigten/Vormund besprechen dürfen?

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### VERSAND

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter

### VORAUFGENTHALTE IN HEILIGENFELD KLINIKEN

Wurdest Du 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 Sorgeberechtigter

### 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### Sorgeberechtigte Mutter:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### Sorgeberechtigter Betreuer/Vormund (ggf):

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

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. Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter

### Personen

### Name(n) (PLZ, Ort, Straße, Telefon)

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Eltern<br>Sorgeberechtigte/Vormund        | ----- |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt/ Familienhilfe/ Beratungsstelle | ----- |
| <input type="checkbox"/> Einweisende(r) Ärztin/Arzt                | ----- |
| <input type="checkbox"/> Therapeutin/Therapeut                     | ----- |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse                              | ----- |
| <input type="checkbox"/> Sonstige                                  | ----- |

## 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 Sorgeberechtigter

## RICHTIGKEIT DER ANGABEN

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 14. WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR SORGBERECHTIGTE

**VORNAME UND NAME DES JUGENDLICHEN** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Sorgeberechtigte/r,

Sie melden Ihren Sohn/ Ihre Tochter für einen Therapieplatz in unserer Klinik an.

Auch wenn Jugendliche schon allein zu uns kommen können, beziehen wir Sie als Eltern/Sorgeberechtigte in die Therapie mit ein. Bitte stellen Sie sicher, dass zumindest ein Sorgeberechtigter zum Aufnahmegespräch am Anreisetag mit anwesend ist.

Des Weiteren ist es notwendig, dass Sie uns Ihre Mitarbeit insofern zusagen, dass während des Aufenthalts oder spätestens zum Entlasszeitpunkt ein Familiengespräch stattfinden kann.

Die Behandlung kann dann einen erfolgreichen Abschluss finden, wenn sich die Patienten ausreichend eigenmotiviert auf die Therapieangebote und unsere Regeln einlassen.

Die Erfahrung zeigt, dass sich dies den jugendlichen Patienten trotz Bemühens und guten Willens aller Beteiligten dann doch als große Hürde herausstellen kann, denn der Therapieaufenthalt in unserem Haus verlangt gerade bei Jugendlichen, die ohne Eltern in Behandlung sind, ein besonders hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit.

Sollten wir im Verlauf der Behandlung feststellen, dass sich der jugendliche Patient der Therapie verschließt und/ oder sich nicht ausreichend an die gebotenen Regeln hält, kann es sein, dass wir eine kurzfristige Entlassung veranlassen.

In diesen Fällen muss sichergestellt sein, dass der Jugendliche durch einen sorgeberechtigten Erwachsenen oder einen legitimized Vertreter innerhalb von 24 Stunden abgeholt wird.

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, bitten wir Sie daher um folgende Angaben:

**TELEFONNUMMERN, UNTER DENEN SIE FÜR UNS UNMITTELBAR ERREICHBAR SIND**

	<b>Name, Vorname</b>	<b>Festnetznummer</b>	<b>Mobilnummer</b>
<b>Sorgeberechtigte Mutter</b>	_____	_____	_____
<b>Sorgeberechtigter Vater</b>	_____	_____	_____
<b>Sonstige Sorgeberechtigte/r</b>	_____	_____	_____

**Mit Ihrer Unterschrift sichern Sie zu, darüber informiert worden zu sein und dies zu gewährleisten.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter/Vater

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sonst. Sorgeberechtigte/r

**Bitte am Anreisetag unterschrieben mitbringen. Danke!**

Während des stationären Aufenthaltes sind die Jugendlichen 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 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](mailto:verwaltung.waldmuenchen@heiligenfeld.de)

## 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. Krankenversichertennummer,
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](mailto:anfragen@projekt29.de)  
93047 Regensburg

Internet: [www.projekt29.de](http://www.projekt29.de)

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

# Fragebogen für den Arzt/Therapeuten

zur Vorbereitung des stationären psychosomatischen Aufenthaltes



**Heiligenfeld**

Klinik Waldmünchen

Heiligenfeld-Klinik Waldmünchen GmbH  
Krankenhausstraße 3  
93449 Waldmünchen

**ZUSENDUNG GERNE AUCH PER FAX ODER EMAIL**

Fax-Nr.: 09972-308 115

Email: [aufnahme.waldmuenchen@heiligenfeld.de](mailto: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](http://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. MEDIZINISCH/PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGABEN ZUM PATIENTEN

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

F- \_\_\_\_\_

F- \_\_\_\_\_

F- \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

a) Dekompensation bereits bestehender Symptomatik

Ja

Nein

b) Akute Krise bei gravierendem Live-Event

Ja

Nein

z.B. Unfall/Krankheit/Tod eines Angehörigen, kürzlich erlittenes traumatisches Ereignis, etc.

c) Chronifizierungsgefahr

Ja

Nein

d) Ist Ihr Patient akut suizidal

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_ Wann zuletzt: \_\_\_\_\_

f) Ist Ihr Patient aktuell psychotisch/(hypo-)manisch

Ja

Nein

g) Hatte ihr Patient in der Vergangenheit psychotisch/(hypo-)manische Episode(n)

Ja

Nein

Wenn ja, wann zuletzt: \_\_\_\_\_

h) Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung?

Ja

Nein

i) Ist ihr Patient hinsichtlich Substanzkonsum (Alkohol, evtl. Drogen) abstinenzfähig- und bereit?

Ja

Nein

Wenn nein, weshalb: \_\_\_\_\_

j) Kann sich ihr Patient selbstständig in einem rollstuhlgerechten, aber nicht barrierefreien Gebäude bewegen und orientieren?

Ja

Nein

Wenn nein, weshalb: \_\_\_\_\_

## 5. ANGABEN ZUR THERAPIEFÄHIGKEIT

a) Besteht eine ausreichende Eigenmotivation?  Ja  Nein

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

Wenn nein, weshalb: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Benötigt Ihr Patient pflegerische Unterstützung?  Ja  Nein

Wenn ja wobei: \_\_\_\_\_

## 6. ANGABEN ZU PSYCHOSOMATISCHEN MAßNAHMEN

a) Ist Ihr Patient aktuell in ambulanter, psychotherapeutischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn nein, weshalb ist dies nicht angezeigt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Ambulante Therapie  Wartezeit zu lang  Kein Platz verfügbar  Maßnahmen ausgeschöpft

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 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/Stempel