



Heiligenfeld
Leben lieben



Aufnahmeunterlagen für gesetzlich versicherte **Patientenkinder**

Heiligenfeld Kliniken GmbH – Bad Wörishofen

Familien

zentrales Aufnahmemanagement:

Heiligenfeld Kliniken – Altenbergweg 6, 97688 Bad Kissingen

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

www.heiligenfeld.de

info@heiligenfeld.de

Inhalt:

Der Weg in die Heiligenfeld – Klinik - Allgemeine Informationen

Wichtige Bearbeitungshinweise und Checkliste zu benötigten Unterlagen

Selbstdarstellungsbogen für Erwachsene

Datenschutzinformationen

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

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

Der Weg nach Heiligenfeld für Patientenkinder (gesetzlich versichert)

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

Auf den folgenden Seiten haben wir für Sie die wichtigsten Informationen und notwendige Unterlagen für die Aufnahme von gesetzlich Versicherten zusammengestellt.

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

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

Aufnahme alleine, mit Kindern und als ganze Familie?

Wir nehmen Erwachsene alleine auf. Und wir nehmen ganze Familien in allen Alterskonstellationen auf. Grundsätzlich ist jedes Familienmitglied für sich in eigener Therapie. Kinder von 3-13 Jahre und Eltern/Sorgeberechtigte haben daneben auch gemeinsame familientherapeutische Inhalte.

Wer übernimmt die Kosten des Aufenthaltes?

Kostenträger für eine Krankenhausbehandlung ist Ihre gesetzliche Krankenkasse. Die Therapie muss im Vorfeld nicht bei der Krankenkasse beantragt oder abgesprochen werden. Senden Sie uns einfach, zusammen mit den übrigen Aufnahmeunterlagen, eine Krankenhaus- Einweisung (sog. "Verordnung von Krankenhausbehandlung"). Diese wird von Ihren behandelnden Ärzten*Ärztinnen/Therapeuten*Therapeutinnen ausgestellt.

Wie lang sind die Wartezeiten bis zur Aufnahme?

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

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

Wenn Sie die Möglichkeit haben, sehr spontan, d.h. auch innerhalb weniger Tage anzureisen können wir Sie auf unserer Standby- Liste führen und für sehr kurzfristig freiwerdende Termine berücksichtigen.

Wichtig zu wissen: Wenn wir Ihnen einen Standby-Termin anbieten, erwarten wir, dass Sie ihn auch annehmen. Sollten Sie ablehnen, beispielsweise, weil es nun doch zu kurzfristig ist, setzen wir Sie auf die reguläre Warteliste und dort auch ganz ans Ende.

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

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

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

Wie sind Sie untergebracht?

Erwachsene Einzelpersonen ab 18 Jahren wohnen bei uns aktuell (Änderungen möglich) grundsätzlich in Einzelzimmern. 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.

Informationen zur Therapie

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

Die Anmeldung erfolgt nicht durch Anruf oder Zusendung einzelner Unterlagen.

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

Der Ablauf Ihrer Anmeldung

1. Schritt:

Sie senden uns die vollständigen Aufnahmeunterlagen zu.

Bearbeitungshinweise:

- Bitte nur die Unterlagenpakete der Heiligenfeld Klinik **Bad Wörishofen** verwenden
- **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
- Bitte Tackern Sie die Seiten nicht, sondern verwenden eine Büroklammer
- Senden Sie uns die Unterlagen bitte **erst**, wenn sie **komplett** zusammen- und fertiggestellt sind, so vermeiden Sie Verzögerungen in der Bearbeitung.
- 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
- **Krankenhaus-Einweisung** 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. 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“)

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

Die **Krankenhaus-Einweisung** und den **Selbstdarstellungsbogen** benötigen wir **immer** auch im Original (per Post)

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

! Aus Datenschutzgründen senden wir keinerlei Unterlagen zurück !

Wichtig – 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 **0971 84-0**

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

Sie können uns auch eine Nachricht an info@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 Bad Wörishofen
Familienklinik

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

EINWEISENDE* R ÄRZTIN/ARZT ODER THERAPEUT* IN

BEHANDELNDE* R ÄRZTIN*ARZT ODER THERAPEUT* IN

Name, Vorname _____

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Email-Adresse: _____

4. JUGENDAMT

IST DAS JUGENDAMT IN DIE BETREUUNG/ERZIEHUNG EINBEZOGEN?

Ja

Nein

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

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

5. SORGERECHT

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

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

6. LEBENSITUATION

a) WOHSITUATION

bei den Eltern lebend

bei der Mutter lebend

beim Vater lebend

Wechselmodell Mutter/Vater

bei Adoptiveltern lebend

bei Pflegeeltern lebend

bei anderen Ersatzeltern lebend

in Einrichtung lebend

in Reha/Therapieeinrichtung

b) BESTEHT KONTAKT ZUM GETRENNT LEBENDEN ELTERNTEIL?

kein Kontakt

selten

regelmäßig

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

Ja

Nein

d) BESUCHT EINE KITA

Ja

Nein

e) ANGABEN ZUR SCHULE

Einschulung des Kindes zeitgerecht vorzeitig zurückgestellt unbekannt

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

Schulart Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Ersatzschule Förderschule

Besteht Förderbedarf Ja Nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

7. PERSÖNLICHE ANGABEN ZU IHREM KIND

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

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

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

Stationärer Aufenthalt Bei: Wann: _____

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

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

8. SELBSTDARSTELLUNG, MOTIVATION UND ERWARTUNGEN

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

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

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

Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen.

Personen

Name(n) (PLZ, Ort, Straße, Telefon)

Eltern
Sorgeberechtigte/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 Bad Wörishofen aufgenommen wird.

Sorgeberechtigter Vater:

Sorgeberechtigte Mutter:

Name, Vorname _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

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: 251_CST

Sehr geehrte Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Vorname und Name Kind/Jugendliche*r

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informationen für schulpflichtige Patienten

Version: 251_CST

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PER POST:

Heiligenfeld Kliniken GmbH

Klinik Bad Wörishofen

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

Alfred-Baumgarten-Str. 6

86825 Bad Wörishofen

PER FAX:

08247-3826-1099

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

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

ANGABEN ZU PSYCHOSOMATISCHEN MAßNAHMEN

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

Wenn nein, weshalb ist dies nicht angezeigt: _____

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

ANGABEN ZUR THERAPIEFÄHIGKEIT

Besteht eine ausreichende Eigenmotivation? Ja Nein

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

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

ANGABEN ZUR BEHANDLUNGS-BEDÜRFTIGKEIT/NOTWENDIGKEIT

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

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

MEDIZINISCH/PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGABEN ZUM PATIENTEN

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

F- _____

F- _____

F- _____

F- _____

Weitere: _____

MEDIKAMENTE

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

Name des Medikamentes	Dosis:	Seit wann:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

WEITERE ANGABEN ZUR PATIENTIN*ZUM PATIENTEN

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

Besteht aktuell eine Suchtproblematik Ja Nein

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

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

Bei **Jugendlichen** Nikotin/Tabak Ja Nein

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

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

Dekompensation bereits bestehender Symptomatik Ja Nein

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

Besteht Chronifizierungsgefahr Ja Nein

Ist Ihr*e Patient*in akut suizidal Ja Nein

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

Wenn ja, wie viele: _____ Wann zuletzt: _____

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

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

Besteht eine demenzielle oder hirnorganische Erkrankung? Ja Nein

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

Wenn ja wobei: _____

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

Wenn nein weshalb: _____

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

Falls ja, welche (bitte entsprechende Berichte beifügen) _____

SONSTIGE, IHNEN WICHTIGE ANGABEN

ZUSÄTZLICH FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

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

Wenn ja, in welchem Maße: _____

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

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

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

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

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

Wenn ja, wie äußert sich diese: _____

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

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

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift/Praxisstempel

1. HILFSTELLUNG FÜR DIE EINWEISENDEN ÄRZTE*ARZTINNEN

Verordnung von Krankenhausbehandlung § 39 SGB V - Krankenhausbehandlung

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>
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 (F 91), auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0), Störungen des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1), Störungen des Sozialverhaltens bei vorhandenen Bindungen (F91.2), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3), Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0), Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0), phobische Störung des Kindesalters (F93.1), Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2), reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1), Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)

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

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

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