



**Heiligenfeld**  
*Leben lieben*



---

# Aufnahmeunterlagen für Begleitkinder (3-13 J.)

Heiligenfeld GmbH - Klinik Waldmünchen  
*Familienklinik*

Krankenhausstraße 3, 93449 Waldmünchen

Tel: 09972/308-0 - Fax: 09972/308-115

[www.heiligenfeld.de](http://www.heiligenfeld.de)

[waldmuenchen@heiligenfeld.de](mailto:waldmuenchen@heiligenfeld.de)

---

## **Inhalt:**

Der Weg in die Heiligenfeld Klinik - Informationen für Begleitkinder

Allgemeine Informationen und Checkliste zu benötigten Unterlagen

Selbstdarstellungsbogen

Abrechnung Begleitkinder

Angaben zum Gastschulbesuch

Informationen zu Schutzimpfungen

Datenschutzinformationen

# Der Weg nach Heiligenfeld für Begleitkinder

(ab 3 Jahren)

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

Ihr Kind soll Sie zu Ihrer stationären psychosomatischen Therapie in unsere Klinik begleiten.

Damit Sie sich und Ihr Kind gut darauf vorbereiten können, möchten wir Ihnen einen Überblick zur Aufnahme und zum Aufenthalt mit Begleitkind in unserem Haus geben.

Die Informationen zu Ihrem Kind um die wir Sie bitten, dienen uns zur Einschätzung in welcher Abteilung Sie und Ihr Kind am besten aufgehoben sind.

Hier in der Klinik wird Ihr Kind während Ihrer Therapiezeit in unserer Kindertherapiestätte betreut. Die KiTS ist wochentags von 09:30-12:30 und von 14:15-16:45 Uhr geöffnet. Freitags schließt die KiTS um 16:30 Uhr.

In der Kindertherapiestätte werden "Patientenkinder" und "Begleitkinder" gemeinsam 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.

## INFORMATIONEN FÜR ELTERN VON BEGLEITKINDERN

- Ein Begleitkind erhält keine eigene Therapie.
- Pädagogische und therapeutische Mitarbeiter\*innen betreuen Ihr Kind in der KiTS, während Sie an Ihren Therapieangeboten teilnehmen.
- Ihr Kind bekommt hier gesunde Mahlzeiten und ein Bett in Ihrem Zimmer
- Ihr Kind nimmt an den Angeboten der KiTS teil, nicht jedoch an den Eltern-Kind-Therapien und Familiengruppen. In dieser Zeit wird es in den Räumen der KiTS von einer Erzieherin betreut.
- Wenn Ihr Kind krank wird, gehen Sie selbst mit ihm zur\*zum Kinderärztin\*Kinderarzt, organisieren die Fahrt dorthin eigenständig und sorgen ggf. für Medikamente
- Bei kurzen Erkrankungen pflegen Sie Ihr Kind selbst (es kann dann nicht in die KiTS gehen und wird mit Ausnahme von Notfällen hier nicht ärztlich betreut), bei längeren Erkrankungen muss die Therapie ggf. unterbrochen werden.
- Schulpflichtige Begleitkinder besuchen die örtliche Schule als Gastschüler.

### BEGLEITKIND ODER PATIENTENKIND?

Wenn Sie glauben, dass Ihr Kind ebenfalls von der Situation in der Familie belastet ist und/oder Sie Unterstützung in Ihrer Elternrolle benötigen und daher auch Ihr Kind im Rahmen der Familientherapie mitbehandelt werden sollte, sprechen Sie im Vorfeld mit Ihrem behandelnden Arzt und beantragen Sie den Therapieplatz bitte bereits von zu Hause aus.

Eltern-Kind-Behandlung bzw. Familientherapie bedeutet, dass ein Teil der Behandlung jeweils alleine erfolgt und ein Teil gemeinsam mit Ihrem Kind. Ihr Kind wird in diesem Fall auch ärztlich von uns betreut.

### WICHTIG:

**Kinder können erst ab 3 Jahren als Patienten aufgenommen werden**

### Grundsätzliches für die Aufnahme von Begleitkindern zwischen 2 und 3 Jahren:

- Die U7 muss bereits erfolgt und ohne Auffälligkeiten gewesen sein (Vorsorgeheft den Aufnahmeunterlagen in Kopie beifügen)
- Ihr Kind sollte bereits Erfahrung mit Fremdbetreuung in Gruppen (z.B. Krippe/KiTa, Mutter/Kindergruppe, Kleinkind-Gruppe, Tagesmutter mit mehreren Kindern, etc.) haben.
- Wenn Sie selbst zur Behandlung einer Essstörung zu uns kommen möchten, können wir Ihr Begleitkind erst ab 3 Jahren aufnehmen
- Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten

### Wer übernimmt die Kosten des Aufenthaltes?

Für Kinder, die als Patienten in die Familientherapie zu uns kommen, ist die gesetzliche Krankenkasse der Kostenträger für die Krankenhausbehandlung. Wenn Sie Ihr Kind als **Begleitkind** mitbringen möchten, benötigen wir eine Kostenzusage (im Rahmen der Haushaltshilfe) von Ihrer Krankenkasse. Besprechen können Sie dies mit Ihrem zuständigen Berater bei der Krankenkasse.

### Mitnahme von Begleitkindern – Information für den einweisenden Arzt

Sollte die Krankenkasse bei der Beantragung der "Haushaltshilfe" für Begleitkinder eine Notwendigkeitsbescheinigung von ärztlicher Seite benötigen, kann z.B. folgende Begründung angegeben werden:

- Vermeidung eines Bindungsverlustes, welcher zu erheblichen psych. Beeinträchtigungen von Eltern und Kindern führen könnte

### Wie lange sind die Wartezeiten bis zur Aufnahme?

Da wir konzeptionell nur wenige Begleitkinderplätze anbieten können, ist in diesem Bereich meist mit längeren Wartezeiten zu rechnen. Wir sind trotzdem bemüht, Ihnen eine zeitnahe Aufnahme zu ermöglichen.

### Wie sind Sie untergebracht?

Auch Eltern von Begleitkindern wohnen gemeinsam mit Ihren Kindern. Je nach Alter und Anzahl der Kinder kann das in einem Zimmer, einem so genannten Familienzimmer, oder in mehreren zusammenhängenden Zimmern sein.

### 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
- **Aufnahmeantrag, Abtretungserklärung** u. **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:

- Im **Original** Den von Ihnen eigenhändig, handschriftlich und vollständig ausgefüllten Selbstdarstellungsbogen für Begleitkinder (3- 13 J.) inkl. aller Unterschriften
- Als **Kopie** Eine Kostenzusage Ihrer Krankenkasse im Rahmen der Haushaltshilfe
- Im **Original** Das ausgefüllte und unterschriebene Formular "Abrechnung Begleitkind"
- Im **Original** Das ausgefüllte und unterschriebene Formular "Gastschulbesuch" (bei schulpflichtigen Kindern)
- Als **Kopie** Kopie vom Vorsorgeheft (nur U7)

---

Den **Selbstdarstellungsbogen**, die Formulare **Abrechnung Begleitkind** und **Gastschulbesuch** benötigen wir **immer** 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](mailto:aufnahme.waldmuenchen@heiligenfeld.de) mit Ihren Fragen schicken.

Weitere Informationen zu den Heiligenfeldkliniken finden Sie auf der Internetseite [www.heiligenfeld.de](http://www.heiligenfeld.de).

Schöne Grüße vom Aufnahmeteam der

Heiligenfeld Klinik Waldmünchen  
Familienklinik



# Selbstdarstellungsbogen Begleitkinder (ab 3 Jahren)

## 1. ALLGEMEINES

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.

DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

DIESES FORMULAR WIRD BEARBEITET VON:

Name und Beziehung zum Kind (Vater, Mutter, Pflegemutter, Vormund, etc.)

## 2. ANGABEN ZU IHREM KIND

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

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

ADRESSE: \_\_\_\_\_

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

## 3. 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 4** ist eine Aufnahme **nicht** möglich.*

## 4. LEBENSITUATION

a) Wohnsituation     bei den Eltern lebend     beim Vater lebend     bei der Mutter lebend  
 sonstige: \_\_\_\_\_

b) Betreuungserfahrung in Gruppen z.B. KiTa, Kindergarten, Tagesmutter, etc.     Ja     Nein

c) Besucht die Schule     Noch nicht, Einschulung am: .....     Ja, Klassenstufe: .....     Nein

d) Schulart

Grundschule     Hauptschule     Realschule     Gymnasium     Ersatzschule     Förderschule

## 5. SELBSTDARSTELLUNG

a) ZEIGT SICH IHR KIND MIT VERHALTENSUFFÄLLIGKEITEN

Ja  Nein

Wenn Ja, welche:

---



---



---

b) BITTE BEURTEILEN SIE IHR KIND SO, WIE ES SICH IN DEN LETZTEN MONATEN GEZEIGT HAT ANHAND FOLGENDER AUSSAGEN.

	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"/>				

c) 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"/>				

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

Größe

Gewicht

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

Ja  Nein

Falls Ja, welche (bitte entsprechende Berichte einreichen):

seit wann:

---



---



---

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

Ja  Nein

Wenn Ja, welche:

---



---



---

## 6. UNTERSCHRIFTEN

Liebe Eltern,

Ihr Kind begleitet Sie während Ihres Aufenthaltes in der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen. Dies ist juristisch gesehen eine bedeutsame "Angelegenheit" für Ihr Kind und bedarf der Zustimmung **aller** sorgeberechtigten Personen. **Ohne diese Zustimmung kann eine Aufnahme Ihres Kindes als Begleitkind nicht erfolgen.**

Wir bitten Sie deshalb, die folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben.

### UNTERSCHRIFTEN ZUM SORGERECHT

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind als Begleitkind 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

### 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

Jugendamt/ Familienhilfe/  
Beratungsstelle

Einweisende(r) Ärztin/Arzt

Therapeutin/Therapeut

Krankenkasse

Sonstige

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

## RICHTIGKEIT DER ANGABEN

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r



# Abrechnung von Begleitkindern

Version: 231\_HNT

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Ihr Kind: Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ begleitet Sie zu einer

stationären Therapie in unsere Klinik.

Hierzu benötigen wir vor Ihrer Anreise eine gültige Kostenzusage von Ihrem zuständigen Kostenträger. Wir berechnen für Ihr Begleitkind einen Haushaltshilfesatz in Höhe von **68,50 €/ Tag**.

Dieser Satz beinhaltet alle geleisteten Aufwendungen (Unterkunft, Betreuung, Verpflegung, usw.) für das begleitende Kind und ist in vollem Umfang zu bezahlen.

Bei evtl. Kürzungen der Krankenkasse ist die Differenz in Eigenleistung zu tragen.

## Bei weiteren Fragen hilft Ihnen unser Aufnahmeteam gerne weiter.

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

Gerne können Sie uns auch eine Nachricht an [aufnahme.waldmuenchen@heiligenfeld.de](mailto:aufnahme.waldmuenchen@heiligenfeld.de) mit Ihren Fragen schicken.

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich mit den oben genannten Regelungen einverstanden

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte schicken Sie diese Einverständniserklärung mit Ihren Aufnahmeunterlagen, vor Aufnahme in unsere Klinik, unterschrieben an uns zurück. Die Einverständniserklärung wird als Voraussetzung für eine Aufnahme Ihres Begleitkinds in unserer Klinik betrachtet.

### 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

# Angaben für den Gastschulbesuch

Version: 231\_HNT



**Heiligenfeld**  
Klinik Waldmünchen

Liebe Eltern,  
wir möchten Ihrem Kind einen nahtlosen Übergang in die Gastschule ermöglichen. Mit den Informationen aus diesem Formular können wir einen Gastschulantrag für Ihr Kind stellen. Vielen Dank!

## ANGABEN ZU DEN SORGEBERECHTIGTEN

### SORGEBERECHTIGTE MUTTER:

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_

### SORGEBERECHTIGTER VATER

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUM KIND UND ZUR SCHULE

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_  
Klassenstufe \_\_\_\_\_

### Angaben zur derzeit besuchten Schule:

Schulart: \_\_\_\_\_  
Schul-Name: \_\_\_\_\_  
Strasse, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Bundesland: \_\_\_\_\_

## 1. SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich den Sozialdienst der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen von der Schweigepflicht gegenüber der Gastschule, die mein Kind während meines Aufenthaltes besuchen wird.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

### — 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

# Informationen für schulpflichtige Patienten

Version: 231\_HNT



**Heiligenfeld**  
Klinik Waldmünchen

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

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

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

Aufgrund der hohen Therapiedichte, ist es weder möglich noch sinnvoll, gleichzeitig eine Schule zu besuchen. Es gibt keine Lehrer\*innen bei uns. Wir bieten Schülern\*Schülerinnen dreimal in der Woche jeweils für eine Stunde die Einheit "Lernen lernen" an.

Im Wesentlichen fördern wir mit diesem Angebot unsere Patienten\*Patientinnen, in einer angemessenen Atmosphäre konzentriert arbeiten zu können und das „dranbleiben“ an schulischen Themen. Inhaltliche Fragestellungen können im Rahmen der Möglichkeiten beantwortet werden.

Falls gewünscht, können Sie Ihr Kind unterstützen, indem Sie sich frühzeitig mit der Schule in Verbindung setzen und sich Schulmaterialien 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 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](mailto: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.