



Heiligenfeld

... auf dem Weg zu einem guten Leben!



Aufnahmeunterlagen für Begleitkinder (2-3 J.)

Heiligenfeld Klinik Waldmünchen
Familienklinik

Krankenhausstraße 3, 93449 Waldmünchen

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

www.heiligenfeld.de

waldmuenchen@heiligenfeld.de

	Seite
Der Weg in die Heiligenfeld – Klinik für Begleitkinder	2
Allgemeine Informationen und Checkliste zu benötigten Unterlagen	2 – 3
Selbstdarstellungsbogen	5 – 9
Abrechnung Begleitkinder	11
Datenschutzinformationen	12-14

Der Weg nach Heiligenfeld für Begleitkinder (2-3 Jahre)

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 (2 - 3 JAHRE)

- Ein Begleitkind erhält keine eigene Therapie.
- Ihr Kind wird von pädagogischen und therapeutischen Mitarbeitern in der KiTS betreut, während Sie an den 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 Ihr Kind in den Räumen der KiTS von einer Erzieherin betreut.
- Wenn Ihr Kind krank wird, gehen Sie mit ihm zu einem niedergelassenen Kinderarzt und/oder eigenständig eine Fahrt zum Arzt organisieren und ggf. für Medikamente sorgen.
- 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.

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

Aufnahme-Voraussetzungen für Begleitkinder 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/Kindgruppe, 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

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.

Mitaufnahme von Begleitkindern – Information für den einweisenden Arzt

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

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

Wie lange sind die Wartezeiten bis zur Aufnahme?

Da wir 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.

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 mit Ihren Fragen schicken.

Schöne Grüße

Ihr Aufnahmeteam der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

• CHECKLISTE AUFNAHMEUNTERLAGEN FÜR BEGLEITKINDER (2 - 3 JAHRE)

- Den von Ihnen eigenhändig, handschriftlich und vollständig ausgefüllten Selbstdarstellungsbogen für Begleitkinder (2 - 3 J.) inkl. aller Unterschriften
- Nachweis der Masern-Schutzimpfung oder der Immunität (falls zutreffend)
- Eine Kostenzusage Ihrer Krankenkasse im Rahmen der Haushaltshilfe
- Das ausgefüllte und unterschriebene Formular "Abrechnung Begleitperson"

Den Selbstdarstellungsbogen und das Formular "Abrechnung Begleitkind" einschließlich Unterschriften benötigen wir immer im Original!

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!

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

DATUM DES HEUTIGEN TAGES:

.....

DIESES FORMULAR WIRD BEARBEITET VON:

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

.....

1. ANGABEN ZU IHREM KIND

weiblich männlich Geburtsdatum: _____ Alter: _____

NAME, VORNAME: _____

ADRESSE _____

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

2. SORGERECHT

	Name	Aufnahme als Patient	Hat das Sorgerecht	hat alleiniges Sorgerecht
Mutter		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vater		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegeeltern		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Amtsvormund		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*Wir benötigen die Einverständniserklärung **aller** sorgeberechtigten Personen. Sie ist **zwingend erforderlich**.
Ohne die o.a. Angaben und die Unterschrift(en) auf **Seite 8** ist eine Aufnahme **nicht** möglich.*

3. LEBENSITUATION

a) Wohnsituation bei den Eltern lebend beim Vater lebend bei der Mutter lebend

sonstige: _____

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

c) Betreuungserfahrung Einzeln (Oma, Tagesmutter, etc.) Ja Nein

Falls ja seit wann und wie viele Stunden/Woche: zu b) _____ zu c) _____

4. SELBSTDARSTELLUNG

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

	sehr oft	oft	manch mal	eher selten	sehr selten
	sehr gut	gut	teils-teils	eher schlecht	sehr schlecht
36 kotet nachts oder tagsüber ein	<input type="checkbox"/>				
37 nässt nachts oder tagsüber ein	<input type="checkbox"/>				
38 ist körperlich gesund und widerstandsfähig	<input type="checkbox"/>				
39 bewegt sich gerne und gut	<input type="checkbox"/>				
40 ist geschickt bei handwerklichen Aufgaben	<input type="checkbox"/>				
41 kann für alle verständlich sprechen	<input type="checkbox"/>				
42 kann altersgemäß schön und zügig schreiben	<input type="checkbox"/>				
43 kann auch kleine Sachen geschickt zusammenbauen	<input type="checkbox"/>				
44 erkennt und berücksichtigt gefährliche Situationen	<input type="checkbox"/>				
45 kann stillsitzen, wenn dies notwendig ist	<input type="checkbox"/>				
46 reagiert sehr impulsiv wütend	<input type="checkbox"/>				
47 zerstört und beschädigt Dinge	<input type="checkbox"/>				
48 kann beim Spielen und bei Aufgaben ausreichend lange aufmerksam bei der Sache bleiben	<input type="checkbox"/>				
49 ist ruhelos, unruhig, immer aktiv	<input type="checkbox"/>				
50 macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten	<input type="checkbox"/>				
51 kann geduldig sein; kann warten, bis es dran ist	<input type="checkbox"/>				
52 kann Gefühle und Erregung altersgemäß steuern	<input type="checkbox"/>				
53 das Kind ist für mich (= Erziehungsperson) schwer erreichbar, es entzieht sich mir	<input type="checkbox"/>				
54 das Kind ist mir (= Erziehungsperson) gegenüber widersprüchlich, mal nahebedürftig, mal abweisend,	<input type="checkbox"/>				
55 kann Lob annehmen	<input type="checkbox"/>				
56 ist hilfsbereit; kümmert sich um andere	<input type="checkbox"/>				
57 ich (= Erziehungsperson) habe den Eindruck, keinen ausreichenden Einfluss auf das Kind zu haben	<input type="checkbox"/>				
58 unterstützt mich / tröstet mich (= Erziehungsperson), wenn es mir schlecht geht	<input type="checkbox"/>				
59 weicht mir (= Erziehungsperson) aus	<input type="checkbox"/>				
60 ich (= Erziehungsperson) fühle eine unzureichende Bindung zu dem Kind	<input type="checkbox"/>				

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

5. UNTERSCHRIFTEN

a) Versand

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

Unterschrift

b) Einverständniserklärung und Unterschriften zum Sorgerecht

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 Patient in der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen aufgenommen wird:

Sorgeberechtigter Vater:

Name, Vorname _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

Sorgeberechtigte Mutter:

Name, Vorname: _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

Sorgeberechtigter Betreuer/Vormund (ggf):

Name, Vorname _____

Strasse, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

ICH HABE DAS ALLEINIGE SORGERECHT Ja Nein

Unterschrift

c) 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

d) SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Ja, siehe unten

Nein, ich erteile keine Schweigepflichtentbindung

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

Die Schweigepflichtentbindung ist nur gültig, wenn Name und Adresse des Empfängers vollständig angegeben sind.

Nichtzutreffende Zeilen bitte streichen.

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

e) RICHTIGKEIT DER ANGABEN

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

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

ABRECHNUNG VON BEGLEITKINDERN

Liebe Eltern,

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 Ihre Begleitperson einen Haushaltshilfesatz in Höhe von **68,50 €/ Tag**.

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

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

ANZURECHNENDER EIGENANTEIL FÜR IHRE BEGLEITKIND

Bitte prüfen Sie, ob Ihr Kostenträger bei der Genehmigung Ihres Haushaltshilfeantrags einen Eigenanteil festsetzt. Dieser ist für jeden Kalendertag (auch wenn die Kostenübernahme nur Werktage betrifft) in bar hier in der Klinik zu entrichten.

Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, teilen Sie uns das bitte spätestens bei Ihrer Anreise mit.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, können Sie sich gerne unter der Telefonnummer 09972 308-0 bei uns melden.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich mit den oben genannten Regelungen einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Bitte schicken Sie diese Einverständniserklärung vor Aufnahme in unserer Klinik unterschrieben an uns zurück. Die Einverständniserklärung wird als Voraussetzung für eine Aufnahme Ihrer Begleitperson in unserer Klinik betrachtet.

Liebe/r Patient/in,

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

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

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

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

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

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

Ihr Aufnahmemanagement der Heiligenfeld Klinik Waldmünchen

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
93047 Regensburg

Internet: www.projekt29.de

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.