

## Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie

### Elterninformation vor Aufnahme

Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

wir freuen uns Ihnen den Aufnahmezeitpunkt für Ihr Kind auf unserer **Station für pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie** mitteilen zu können. Wir bitten Sie folgende Informationen aufmerksam zu lesen, vor Aufnahme zu bearbeiten und uns mittels Unterschrift Ihr Einverständnis für die verschiedenen Prozeduren und Abläufe zu geben. Dies erleichtert uns und Ihnen das Aufnahmeverfahren.

Der **Aufnahmetermin** Ihres Kindes ist am \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

Melden Sie sich bitte am Aufnahmetag zuerst am **Empfang im Hauptgebäude der Kinderklinik**. Dort bekommen Sie einen **Personalbogen zur Angabe Ihrer Personalien** ausgehändigt, den Sie dort auch bearbeiten und beim Personal am Empfang wieder abgeben. Zusätzlich wird auch gleich ein Antigen Schnelltest bei Ihrem Kind durchgeführt. Danach begeben Sie sich bitte ins Haus 3/ZIP auf dem Campus St. Marien und melden sich dort am Empfang. Im Anschluss erfolgen das Aufnahmegespräch des Pflege- und Erziehungsdienstes sowie das ärztliche Aufnahmegespräch und die ärztliche Untersuchung Ihres Kindes.

Zur Aufnahme auf unsere Station bitten wir Sie folgende Unterlagen mitzubringen:

- **Einweisungsschein vom Kinder- oder Hausarzt Ihres Kindes**
- Wir bitten Sie sicherzustellen, dass bei Ihrem Kind ein vollständiger und **aktueller Masern- und Tetanusimpfschutz** besteht, oder ggf. Ihr Kind noch rechtzeitig ambulant impfen zu lassen. Sollten Sie einen Impfschutz für Ihr Kind ablehnen, werden wir Sie bei Aufnahme bitten dies schriftlich zu bestätigen. Bitte beachten Sie, dass keine Routineimpfungen während des stationären Aufenthalts durchgeführt werden.
- **Gelbes Untersuchungsheft** (U1-U9) und, falls vorhanden, das **grüne Gesundheitscheckheft** (U10 –J2)
- **Dauermedikamente** mit Angabe der Dosierung
- Bitte bringen Sie außerdem folgende unterschriebene Dokumente mit:
  - Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Formular anbei)
  - Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht der Schule für Kranke (Formular anbei)
  - Einwilligungserklärung Datenschutz (Formular anbei)
  - Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement (Formular anbei)
  - Ferner erhalten Sie ein Informationsschreiben der Staatlichen Schule für Kranke

Hiermit informieren wir Sie darüber, dass Sie für Sachschäden, die Ihr Kind nachweislich verursacht hat, die Kostenerstattung in der nachgewiesenen Höhe übernehmen müssen. Diese muss spätestens am Entlassungstag des Kindes erfolgen.

**Anschrift:**  
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH  
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

**Bankverbindung:**  
Liga Bank e.G., Regensburg  
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78  
BIC: GENODEF1M05

**Kommunikation:**  
Zentrale: Tel.: 0871 852-0  
Fax: 0871 21230

www.kinderkrankenhaus-landshut.de  
kinderkrankenhaus@st-marien-la.de

**Geschäftsführer:**  
Bernhard Brand

**Aufsichtsratsvorsitzende:**  
Schw. M. Christine Mirlach  
Kongregation der Solanusschwester

**Sitz der Gesellschaft:**  
Landshut, HRB 9742

**Steuer-Nummer:**  
132/147/01000

## Einverständniserklärung Aufnahme

(Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. b) KDG)

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind unter Aufsicht an den Aktivitäten außerhalb des Hauses teilnehmen darf. Über mögliche Risiken wurde ich im Aufnahmegespräch aufgeklärt.

Ja  Nein

- Bitte benennen Sie die **Personen** (Name, Anschrift, ggf. Telefonnummer), **die Ihr Kind zu den Besuchszeiten** besuchen dürfen und mit denen Ihr Kind die Station verlassen darf bzw. die Ihr Kind zu den Wochenendbeurlaubungen abholen dürfen.

---

---

---

---

In diesem Zusammenhang weisen wir Sie aus versicherungsrechtlichen Gründen darauf hin, dass weder Sie noch alle anderen oben genannten Personen mit Ihrem Kind während der Besuchszeiten das Klinikgelände verlassen dürfen.

- Hiermit willige(n) ich / wir ein, dass mit den von mir / uns **genannten Personen** zum Zwecke der Therapieevaluation **therapeutische Gespräche** geführt und **medizinische Befunde** besprochen werden dürfen.

Ja  Nein

Mit folgenden Personen (Name, Anschrift, ggf. Telefonnummer):

---

---

---

---

- Bitte teilen Sie uns mit, ob im Rahmen des stationären Aufenthaltes **Fotos** von Ihrem Kind gemacht werden dürfen, die ausschließlich zur internen Nutzung verwendet werden. Eine Veröffentlichung erfolgt nicht.

Ja  Nein

Zu folgendem Zweck:  Fotowand  Portrait für Krankenhausakte  \_\_\_\_\_

- Um Ihrem Kind und Mitpatient\*innen eine angemessene Betreuung zu ermöglichen, legt die Konzeption unserer Abteilung bestimmte Rahmenbedingungen fest, die den Abbruch der stationären Behandlung betreffen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre Kenntnisnahme.

Eine erfolgreiche Behandlung ist nur möglich, wenn

- Konflikte grundsätzlich auf konstruktive und gewaltfreie Art ausgetragen werden;
- unsere PatientInnen sich nicht körperlich selbst schädigen oder gefährden;
- die PatientInnen sich gegenüber Einrichtungsgegenständen und dem Eigentum ihrer MitpatientInnen achtsam verhalten<sup>1</sup>;
- dem Stationsprogramm und den Anweisungen der Mitarbeitenden grundsätzlich gefolgt wird;
- das ZIP und gegebenenfalls das Klinikgelände nur in Begleitung berechtigter Erwachsener und nach Rücksprache mit dem Stationspersonal verlassen werden;
- die Nachtruhe (ab 22.00 Uhr) eingehalten wird;
- die PatientInnen sich prinzipiell kooperativ und aufgeschlossen gegenüber den Zielsetzungen der Behandlung zeigen;
- die Familien die begleitenden therapeutischen Angebote, insbesondere die wöchentlichen Familiengespräche wahrnehmen.

\*1 Für Sachschäden, die mein/unser Kind nachweislich verursacht hat, übernehmen wir die Kostenerstattung in der nachgewiesenen Höhe. Diese wird spätestens am Entlassungstag meines/unseres Kindes erfolgen.

Wir bitten Sie ausdrücklich die beiliegenden Informationen zu den derzeitigen **Hygienevorschriften und organisatorischen Abläufen** gründlich durchzulesen und diese einzuhalten.

Ergänzend verweisen wir noch auf den beiliegenden Flyer „**Wegweiser für den stationären Aufenthalt**“ und bitten um Kenntnisnahme, insbesondere der **benötigten Utensilien** für den stationären Aufenthalt.

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann verweigert werden.

Meine von mir / uns erteilten Einwilligungen können durch mich / uns jederzeit und mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen werden (§ 23 KDG). Diese Erklärung können Sie – schriftlich / per Mail / Fax – an die Station für pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierfür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kind (ab 16 Jahren)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte

**Bitte beachten Sie, dass bei getrenntlebenden Eltern und gemeinsamen Sorgerecht, Unterschriften beider Sorgeberechtigter notwendig sind.**

## Einwilligungserklärung Datenschutz (PS)

(Rechtsgrundlage: § 11 Abs. 2 lit. a KDG i. V. m. § 8 KDG)

**Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber dem Krankenhaus ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.**

**Die Einwilligung kann verweigert werden.**

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung der entsprechenden personenbezogenen Daten statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Befundübermittlung an Arzt / Krankenhaus / Therapeuten / Einrichtung	
1	<p>Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die mich betreffenden <u>Behandlungsdaten und Befunde</u> an folgende/n Arzt / Krankenhaus / Therapeuten / Einrichtung zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung <u>übermittelt</u> (z.B. nachbehandelnder Arzt, Kinderarzt, Hausarzt, Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, Einrichtungen, wie Jugendämter, etc.).</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes / der weiterbehandelnden Einrichtung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Hinweis:</b> Ohne Ihre Einwilligung ist die Übermittlung der behandlungsrelevanten Informationen an den vor-, mit- und nachbehandelnden Arzt / Einrichtung nicht möglich. In diesem Falle obliegt Ihnen die Verantwortung zur Weiterleitung der Befunde.</p>
<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> nein	
Befundanforderung beim Arzt / Krankenhaus / Therapeuten / Einrichtung	
2	<p>Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH die bei meinem Arzt / Therapeuten / Einrichtung (z.B. Kinderarzt, Hausarzt, Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, Einrichtungen, wie Jugendämter, etc.) vorliegenden <u>Behandlungsdaten und Befunde</u>, die für meine aktuelle Behandlung erforderlich sind, <u>anfordern</u> kann. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind.</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen und ggf. ergänzen.</p> <p><input type="checkbox"/> siehe Arzt / Einrichtung unter Nr. 1</p> <p><input type="checkbox"/> anderer/weiterer Arzt / Einrichtung bitte Name und Anschrift angeben:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> nein	

Auskunft am Empfang		
3	Ich willige ein, dass von den Mitarbeitern des Empfangs der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH auf Anfrage von Dritten Auskunft über meine Anwesenheit und die Station in der Zeit meines Aufenthaltes im Krankenhaus erteilt wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datenübermittlung und –einsicht mit dem MVZ / SPZ / Spezialambulanzen		
4	Ich willige ein, dass die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH mit <input type="checkbox"/> der <b>MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH</b> <input type="checkbox"/> den <b>Spezialambulanzen am Kinderkrankenhaus St. Marien</b> <input type="checkbox"/> dem <b>SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien</b> – sofern erforderlich – zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde übermittelt und anfordert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontaktaufnahme		
5	Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und deren Mitarbeiter zu Informationszwecken (z.B. Terminverschiebung, -erinnerung, Therapieplanung, Befundmitteilung, etc.) <u>per SMS oder E-Mail</u> kontaktieren dürfen.  <b>Falls ja</b> , bitte entsprechende Kontaktdaten angeben: Handynummer: _____  E-Mail-Adresse: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopie dieser Einwilligungserklärung		
6	Ich wünsche eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (ab 16 Jahren)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

# Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

**Hiermit entbinde/n ich/wir,**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift

**als gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter von**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten Geburtsdatum

die MitarbeiterInnen der Abteilung für pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie von der Schweigepflicht entsprechend § 203 Strafgesetzbuch (StGB)

**gegenüber**

Institution	Name, Anschrift der Institution
Kinder-/Hausarzt	
Kinder- u. Jugendpsychiater	
SPZ	
Weitere Ärzte	
Kindergarten/Schule	
Zuständige Lehrer	
Weitere Therapeuten	
Jugendamt	
Sonstige	

**und umgekehrt für folgenden Zweck:**

**Austausch von Informationen.**

Die MitarbeiterInnen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie sichern zu, dass die Daten streng vertraulich behandeln und nicht an dritte Personen/Institutionen weitergegeben werden.

Mir/ Uns ist bekannt, dass ich/ wir diese freiwillige Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/ können. Ich/ Wir wurde/n ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung beraten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/ Betreuer/in Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 Jahren)

Liebe Eltern,

Ihr Kind ist zur Behandlung im Zentrum für integrative Medizin und Psychosomatik des Kinderkrankenhauses St. Marien aufgenommen und wird in Absprache mit der Stammschule von den Lehrern der Schule für Kranke nach dem aktuellen Lehrplan unterrichtet.

**Dies erfolgt unter der Berücksichtigung der persönlichen Belastbarkeit Ihres Kindes.**

Der Unterricht bietet die Möglichkeit schulische Versäumnisse gering zu halten. Durch ein tägliches Unterrichtsangebot wird ein Stück des gewohnten Lebens- und Aufgabenbereichs bewahrt und Ihrem Kind damit Sicherheit und Struktur geboten. Wir bemühen uns, Freude am Lernen zu vermitteln und Ihr Kind durch enge Zusammenarbeit mit Ärzt:innen, Therapeut:innen und Stationsmitarbeiter:innen individuell zu fördern. Wir bitten Sie herzlich, das Schulmaterial Ihres Kindes auf seine Vollständigkeit zu überprüfen.

**Benötigt werden:**

- Die Bücher, Arbeitshefte und Hefte der Stammschule (v.a. Deutsch, Mathematik, Sachfächer, Sprachen).
- Ein gut ausgestattetes Federmäppchen (Bleistift, Farbstifte, Radiergummi, Lineal, evtl. Füller)
- Eine Kopie des aktuellen Schulzeugnisses
- Ein Ordner mit Register zum Sammeln unserer Arbeitsblätter

Gerne unterhalten wir uns mit Ihnen über alle Fragen, die mit der Beschulung Ihres Kindes zu tun haben. (z.B.: Notenaussetzung, Nachteilsausgleich oder Hausunterricht). Sie können dafür bei Bedarf einen persönlichen Gesprächstermin mit uns vereinbaren. Am besten erreichen Sie uns dazu an Schultagen zwischen 9.00 bis 12.00 Uhr unter der Telefonnummer 0871/8521185 (Klassenleitung 1 - 4: Frau Nagelschmitz; Klassenleitung 5 – 12: Herr Hörmann) oder unter der Email-Adresse: [schulefuerkranke@st-marien-la.de](mailto:schulefuerkranke@st-marien-la.de)

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Team der Schule für Kranke im Kinderkrankenhaus St. Marien.

*Geben Sie die unterschriebene Empfangsbestätigung bitte auf der Psychosomatischen Station ab.*

-----  
**Empfangsbestätigung**

Den Elternbrief für mein Kind \_\_\_\_\_ habe ich/ haben wir erhalten.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Erziehungsberechtigte



## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/wir,

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters

Anschrift

als gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter von

Name, Vorname des Patienten Geburtsdatum

die MitarbeiterInnen der staatlichen Schule für Kranke im Regierungsbezirk Niederbayern Standort Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH von der Schweigepflicht entsprechend § 203 Strafgesetzbuch (StGB)

gegenüber

Institution	Name, Anschrift der Institution
Schule	
Zuständige Lehrer	
Schulpsychologe	
Hort	
Nachmittagsbetreuung	
Weitere	

und umgekehrt für folgenden Zweck:

**Austausch von Informationen um Ihr Kind bestmöglich zu fördern und den Leistungsstand im laufenden Schuljahr sicherzustellen.**

Außerdem hat es sich bewährt, dass sich die Kinder mit den Mitschülern ihrer Stammschule, in Form von Briefen, austauschen können. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie mit dem Kontakt einverstanden sind:

Ja  Nein

Die MitarbeiterInnen der Staatlichen Schule für Kranke sichern zu, dass die Daten streng vertraulich behandelt werden und nicht an dritte Personen/Institutionen weitergegeben werden.

Mir/ Uns ist bekannt, dass ich/ wir diese freiwillige Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/ können. Ich/ Wir wurde/n ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung beraten.

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
Betreuer/in Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 Jahren)