

Einverständniserklärung Aufnahme

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

- 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 Sie und alle anderen oben genannten Personen während der Besuchszeiten das Klinikgelände nur nach vorheriger Absprache mit dem Stationspersonal verlassen dürfen.

- Hiermit willige(n) ich / wir ein, dass mit den von mir / uns **genannten Personen** (nicht sorgeberechtigte Bezugspersonen wie z.B. Stiefeltern oder Großeltern) 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 **Bild-, Video- und Tonaufnahmen** von Ihrem Kind gemacht werden dürfen, die ausschließlich zur internen Nutzung und für die digitale Patientenakte verwendet werden. Eine Veröffentlichung erfolgt nicht. Wir sind einverstanden mit diesen Aufnahmen zu folgenden Zwecken:

- medizinische Zwecke
- therapeutische Zwecke
- zu Fortbildungszwecken (intern)

- Um Ihrem Kind und Mitpatient*innen eine angemessene Betreuung zu ermöglichen, legt die Konzeption unserer Abteilung bestimmte Rahmenbedingungen fest. Eine zielführende Behandlung ist nur möglich, wenn:
 - die Familien die begleitenden therapeutischen Angebote, insbesondere die **wöchentlichen Familiengespräche** wahrnehmen;
 - die Kinder und Jugendlichen in Begleitung des Pflege- und Erziehungsdienstes an den Aktivitäten außerhalb des Hauses teilnehmen;
 - Konflikte grundsätzlich auf konstruktive und gewaltfreie Art ausgetragen werden;

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:
Heiner Kelbel

Aufsichtsratsvorsitzender:
Landrat Peter Dreier

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

- unsere Patient*innen sich nicht körperlich selbst schädigen oder gefährden;
- die Kinder und Jugendlichen sich gegenüber Einrichtungsgegenständen und dem Eigentum der Mitpatienten*innen achtsam verhalten*1;
- den Stationsabläufen 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 wird;
- die Nachtruhe eingehalten wird;
- die Patient*innen sich prinzipiell kooperativ und aufgeschlossen gegenüber den Zielsetzungen der Behandlung zeigen;
- Sie als Sorgeberechtigte für uns telefonisch erreichbar sind, um Ihr Kind ggf. bei akut selbst- und/oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen sowie Weglaufgefahr/ völliger Behandlungsverweigerung abholen bis die weitere Vorgehensweise geklärt ist.

Die Nichteinhaltung dieser Rahmenbedingungen können den Abbruch der stationären Behandlung zur Folge haben.

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

Unser Behandlungskonzept sieht außerdem vor, dass im Verlauf der Behandlung in therapeutisch/ pädagogisch begründeten Einzelfällen eine **Außenbeschulung** (Stamm- oder Kooperationsschule) empfohlen und von uns organisiert wird. Ebenso verhält es sich mit möglichen individuellen Aufgaben zur **Stärkung der sozialen Kompetenzen/ Selbstwirksamkeit**. Bei diesen Maßnahmen kann es u.a. zum Verlassen der Station bzw. des Klinikgeländes kommen (z.B. selbstständig Einkäufe erledigen). Dies wird im Vorfeld ausführlich mit allen Beteiligten besprochen und ist nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis der Sorgeberechtigten zu realisieren.

Meine von mir / uns erteilten Einwilligungen können durch mich / uns jederzeit und mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen werden (Art. 21 DSGVO). Diese Erklärung können Sie – schriftlich / per Mail / Fax – an das Zentrum für Integrative Medizin und Psychosomatik (ZIP) richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierfür nicht. Ihr Widerruf gilt 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 Sorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

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