



## **Wichtige Informationen allgemein**

Einen umfassenden Überblick zu den wichtigen Themen für den Aufenthalt in unserem Hause finden Sie auf unserer Homepage unter

[www.johanniter.de/johanniter-kliniken/kinderfachklinik-bad-sassendorf/aufenthalt/aufnahme-und-vorbereitung](http://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/kinderfachklinik-bad-sassendorf/aufenthalt/aufnahme-und-vorbereitung)

## **Wichtige Informationen zum Ausfüllen der beiliegenden Unterlagen**

1. Bitte füllen Sie die Unterlagen sorgfältig und vollständig aus. Bei Ergänzungen bitte nicht die Rückseite benutzen, notieren Sie diese gerne auf einer separaten Seite. Bitte nur einseitig ausdrucken. Sie können die ausgefüllten Unterlagen gern vorab im PDF Format (bitte keine Links oder Fotos, diese können von uns nicht verarbeitet werden) per E-Mail an [info@bs.johanniter-kliniken.de](mailto:info@bs.johanniter-kliniken.de) senden. Bitte keine Unterlagen zusammenheften oder zusammentackern. Sollten Sie die Unterlagen per Post versenden wollen, planen Sie bitte 1 Woche Zeit für den Zustellweg ein.
2. Sorgerecht:
  - Im Fall von alleinigem Sorgerecht bitte einen schriftlichen Nachweis erbringen.
  - Im Falle von gemeinsamen Sorgerecht bei getrenntlebenden Eltern sind die Einverständniserklärungen von beiden Elternteilen zu unterzeichnen oder es ist eine Generalvollmacht des nicht unterzeichnenden Elternteils beizufügen.
3. Das ärztliche Attest sollte maximal 1 Woche vor Anreise von einem Arzt ausgefüllt werden und kann zur Aufnahme mitgebracht werden. Bitte denken Sie daran, rechtzeitig einen Termin für das EKG/Laborwerte – falls diese benötigt werden (siehe Attest) – zu vereinbaren. Die Ergebnisse können zur Aufnahme mitgebracht werden.



# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

## **Wichtige Informationen für unsere erwachsenen Begleitpersonen**

### **Anreise mit dem PKW**

Auf dem Klinikgelände stehen nur in begrenzter Anzahl Parkplätze für die Patienten und deren Begleitpersonen zur Verfügung. Ein großer Parkplatz steht am Thermalbad (ca. 200 m Fußweg) unentgeltlich zur Verfügung.

**Eine Haftung für eventuelle Schäden kann von Seiten der Klinik nicht übernommen werden.**

### **Anreisezeit**

Die Anreisezeit entnehmen Sie bitte Ihrer Einladung.

### **Abreisezeit**

Die Zimmer müssen am Abreisetag bis spätestens 8.30 Uhr verlassen werden. Ein Aufenthalt im Haus ist jedoch noch möglich.

### **Anregungen und Wünsche**

Für Ihre Anregungen sind wir jederzeit aufgeschlossen. Alle Mitarbeiter unseres Hauses sind mit Ihrer Hilfe bemüht, Ihnen Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten.

### **Ärztliche Betreuung**

Untersuchungstermine für Anfangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen werden vom Haus organisiert und bekannt gegeben. Vorzulegen ist die Bescheinigung von Ihrem Hausarzt, dass Ihr Kind/Ihre Kinder frei von ansteckenden Krankheiten ist/sind (s. Infoschreiben).

### **Aufenthaltsdauer / vorzeitige Abreise**

Die Aufenthaltsdauer entnehmen Sie bitte dem Bescheid Ihres Leistungsträgers.

**Beurlaubungen bzw. vorzeitige Abreisen sind nur aus schwerwiegenden persönlichen Gründen (z.B. Krankheit oder Tod nächster Angehöriger) im Einvernehmen mit dem Leitenden Arzt möglich. Der besondere Anlass ist nachzuweisen.**

### **Aufsichtspflicht**

Außerhalb der von uns angebotenen Betreuungszeiten übernehmen Sie selbst die Verantwortung für Ihr Kind/Ihre Kinder.

siehe [Kinderbetreuung](#)

### **Ausflüge in die nähere Umgebung**

Können Sie individuell nach Ihren Wünschen gestalten. Ideen und Anregungen erhalten Sie bei Aufnahme und in der Auslage im Foyer.

### **Begleitperson oder Begleitkind(er)**

Bringen Sie bitte für das Begleitkind eine Bescheinigung des behandelnden Kinderarztes mit, welche nicht älter als 1 Woche ist, und aus der hervorgeht, dass Ihr Kind frei von ansteckenden Krankheiten ist.

**Da Sie und Ihre Kinder aus versicherungsrechtlichen Gründen bei eventueller Krankheit nicht von unseren Klinikärzten behandelt werden dürfen, bitten wir Sie, die Versicherungskarten für den behandelnden Arzt vor Ort mitzubringen.**

### **Besuche**

Besucher sind am Wochenende willkommen. Übernachtungsgäste können sich in unserer Kurort an die Touristikinformation wenden (Telefon 02921 / 501-4811 oder Internetadresse [www.badsassendorf.de](http://www.badsassendorf.de) ). In unserem Haus stehen am Wochenende Übernachtungsmöglichkeiten mit Gästeessen **nur sehr begrenzt und in Ausnahmefällen** zur Verfügung.

Bitte wenden Sie sich an unsere Patientenverwaltung (Tel.: 02921 / 9600 – 40 oder per Mail: [Birgit.Brockmann@bs.johanniter-kliniken.de](mailto:Birgit.Brockmann@bs.johanniter-kliniken.de) ).

### **Einkaufsmöglichkeiten**

Banken, Sparkasse und zahlreiche Geschäfte befinden sich in der unmittelbaren Umgebung und sind bequem zu Fuß von unserem Haus erreichbar.

### **Elektrische Heiz- und Kochgeräte**

Aufgrund der Haus- und Brandschutzordnung ist es nicht gestattet, elektrische Heiz- und Kochgeräte, sowie Bügeleisen mitzubringen.

### **Ernährung**

Sollten Sie oder Ihr Kind spezielle Nahrung benötigen (z.B. vegetarische Kost, Lactosefrei), informieren Sie uns bitte rechtzeitig darüber.

### **Fahrräder**

Bitte melden Sie es vor Aufnahme an, wenn Sie Fahrräder mitbringen möchten. Auf unserem Gelände steht Ihnen ein abschließbarer Fahrradunterstand zur Verfügung. Sie erhalten bei Aufnahme einen Schlüssel für die Zeit ihres Aufenthaltes, hierfür wird eine Kautions von 10,00 € erhoben. Die Kautions ist am Anreisetag zu entrichten und wird am Abreisetag gegen Rückgabe des Schlüssels zurückerstattet.

### **Filmen/Fotografieren**

Das Filmen / Fotografieren und Veröffentlichen von Bildmaterial im Therapie- und Wohnbereich der Klinik, insbesondere von Mitarbeitenden und anderen Patienten, ist untersagt.

### **Handtücher und Bettwäsche**

Handtücher und Bettwäsche werden von uns bereitgestellt. Gerne können Sie natürlich auch Ihre eigene Wäsche, ebenso wie Allergiebettwäsche, mitbringen.

### **Hausschuhe**

Im Klinikgebäude ist das Tragen von Hausschuhen Pflicht.

siehe auch [Schuhschränke](#)

### **Kautions**

Für die Ausgabe des Zimmerschlüssels wird eine Kautions von 20,00 € erhoben. Die Kautions ist am Anreisetag zu entrichten und wird am Abreisetag gegen Rückgabe der Schlüssel zurückerstattet.

### **Kinderbetreuung**

Eine Betreuung ist nur zu den Anwendungen der Begleitperson nach Rücksprache und Kapazitäten der Mitarbeiter möglich. Für Kinder unter 3 Jahren gilt diese Regelung nur in Ausnahmefällen und individuell nach dem Entwicklungsstand des zu betreuenden Kindes.

## **Kinderwagen**

Für kleinere Kinder bringen Sie bitte Ihren Kinderwagen oder Buggy mit.

## **Medikamente**

Bitte bringen Sie Ihre gegenwärtigen Medikamente in Originalverpackung mit. Sollten Sie oder Ihre Kinder regelmäßig Medikamente nehmen, sind diese in ausreichender Menge mitzubringen.

## **Mitführen privater elektrischer Geräte während des Aufenthaltes in unserer Klinik**

Nach DGUV-Vorschrift 3 (ehemals BGV-A3) unterliegen alle ortsveränderlichen elektrischen Betriebsmittel/Geräte einer Sicherheitsprüfung nach VDE 0701-0702. Begleitpersonen sind für den Umgang nicht geprüfter privater elektrischer Geräte eigenverantwortlich.

## **Mittagsruhe**

In der Zeit von 13.00-15.00 Uhr ist **Mittagsruhe**. Bitte nehmen Sie in dieser Zeit Rücksicht.

## **Mobiliar**

Mobiliar, Sport- und Spielgeräte und das Außengelände sind pfleglich zu behandeln. Bei mutwilliger Sachbeschädigung ist finanzieller Ersatz zu leisten.

## **Nachtruhe**

Laute Beschäftigungen sind nach 20.00 Uhr in Rücksicht auf Patienten, die bereits Nachtruhe haben, zu vermeiden. Ab 22.30 Uhr wird die Eingangstür abgeschlossen. Wir bitten Sie, sich spätestens zu diesem Zeitpunkt wieder auf Ihrer Ebene einzufinden.

## **Post**

An der Rezeption können Sie Briefmarken käuflich erwerben und Ihre ausgehende Post abgeben. Eingehende Post wird Ihnen täglich von unseren Mitarbeitenden auf Ihrer Ebene ausgehändigt.

## **Rauchen und Alkohol**

Das Rauchen und der Konsum von Alkohol und anderen Drogen sind im Haus und auf dem gesamten Klinikgelände grundsätzlich untersagt.

## **Reinigung**

Die Patientenzimmer werden werktags täglich gewischt, deshalb müssen die Fußböden freigehalten werden. Wir möchten Sie bitten, die Koffer nicht unter dem Bett aufzubewahren. Wir behalten uns vor, in Absprache mit Ihnen, die Reinigungsleistung zu überprüfen.

## **Reisebett**

Auf Wunsch stellen wir Ihnen ein Reisebett für Kleinkinder zur Verfügung. Für die entsprechende Bettwäsche und Bezüge sorgen Sie bitte selbst.

Bitte informieren Sie uns rechtzeitig vor der Anreise.

## **Reparaturen und Schäden**

Melden Sie bitte unverzüglich eventuelle Schäden oder Reparaturen bei unseren Mitarbeitenden auf den Ebenen.

## **Schuhschränke**

Im Foyer des Klinikgebäudes steht jedem Patienten ein abschließbares Fach zur Verfügung. Hier können Straßen-/Hausschuhe aufbewahrt und entsprechend gewechselt werden.

## **Spielzeug**

Für die individuelle Freizeitgestaltung mit Ihren Kindern, sollten Sie bitte Spielzeug mitbringen.

### **Trinkflasche**

Bitte bringen Sie für sich und Ihr Kind eine auslaufsichere Trinkflasche mit. Diese kann mit Getränken befüllt werden und dann zu den Therapien usw. mitgenommen werden.

### **Turnschuhe**

Bitte bringen Sie für sich und Ihre Kinder Turnschuhe mit hellen Sohlen mit. Für die Teilnahme am Sportprogramm ist das Tragen von Sportschuhen mit heller Sohle sowie von Haargummis und Haarspangen bei Patienten mit langen Haaren erforderlich, Piercings und Ohringe sind aus Sicherheitsgründen herauszunehmen bzw. abzukleben.

### **Wäsche**

Da Sie gemeinsam mit Ihrem Kind anreisen, ist eine Kennzeichnung der Kleidung nicht notwendig. Gegen Gebühr können Sie Ihre Wäsche hier im Haus waschen. Die Wäsche muss trocknergeeignet sein, da ein Lufttrocknen in unserem Hause nicht gestattet ist. Bitte sprechen Sie dazu unsere Mitarbeitenden auf der Ebene an.

### **Wertsachen**

In jedem Kleiderschrank befindet sich ein kleiner abschließbarer Safe zur freien Verfügung. Für sämtliche von Ihnen mitgebrachten Wertsachen kann bei Verlust keine Haftung übernommen werden. Bitte lassen Sie den Safe bei Abreise offenstehen.

### **WLAN**

WLAN steht Ihnen leider aufgrund des hohen Nutzungsaufkommens nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Wir empfehlen Ihnen, sofern Sie den Bedarf haben, für den Aufenthalt bei uns bei Ihrem Anbieter ein höheres Datenvolumen zusätzlich zu buchen.

**Sollten Sie aus zwingenden persönlichen Gründen den Anreiseternin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns unverzüglich in Kenntnis zu setzen.**

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis und wünschen Ihnen eine gute Anreise.

Ihr Team der Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**JOHANNITER**

# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

## Informationen zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten von Patienten, Interessenten und sonstigen externen Personen gem. § 16 ff DSGVO-EKD sowie Verpflichtungserklärung zur Einhaltung des Datenschutzes

Wir nehmen den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr ernst. Wir verarbeiten Ihre Daten nach den Maßgaben des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD-Datenschutzgesetz – DSGVO-EKD). Im Folgenden informieren wir Sie gem. § 16, 17 und 25 DSGVO-EKD über die Verarbeitung Ihrer Daten.

### Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich? (§ 17 Abs. 1 Nr. 1,2 DSGVO-EKD)

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

<b>Kinderfachklinik Bad Sassendorf GmbH</b> Lütgenweg 2 59505 Bad Sassendorf	Telefon: +49 (02921) 9600-0 Telefax: +49 (02921) 53438 E-Mail: <a href="mailto:info@bs.johanniter-kliniken.de">info@bs.johanniter-kliniken.de</a>
<b>Datenschutzbeauftragter:</b> Cennet Rüzgar-Horoz PwC Cyber Security Services GmbH Friedrich-Ebert-Anlage 35-37 60327 Frankfurt am Main  Zentrale Datenschutzkoordination Johanniter GmbH	E-Mail: <a href="mailto:cennet.ruezgar.horoz@pwc.com">cennet.ruezgar.horoz@pwc.com</a> E-Mail: <a href="mailto:MBX_johanniter-dsb@pwc-cybersecurity.com">MBX_johanniter-dsb@pwc-cybersecurity.com</a>

Fragen zum Datenschutz können Sie stellen an:

<b>Kinderfachklinik Bad Sassendorf GmbH</b> Wolfram Herbe Lütgenweg 2 59505 Bad Sassendorf	Telefon: +49 (02921) 9600-43 Telefax: +49 (02921) 53438 E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@bs.johanniter-kliniken.de">datenschutz@bs.johanniter-kliniken.de</a>
---	--

### Zu welchen Zwecken und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten? (§ 17 Abs. 1 Nr. 2 DSGVO-EKD)

Wir verarbeiten nur solche personenbezogenen Daten insbesondere Gesundheitsdaten, die Sie uns im Rahmen einer Heilbehandlung (z.B. bei der Patientenaufnahme, Behandlung von Patienten) zur Verfügung stellen. Die Rechtsgrundlagen ergeben sich aus § 6 DSGVO-EKD. Die Zwecke der Verarbeitung richten sich nach dem jeweiligen Geschäftsvorfall.

Wir verarbeiten personenbezogene Daten in erster Linie zur Erfüllung vertraglicher Pflichten aus dem Behandlungsvertrag (§ 6 Nr. 5 DSGVO-EKD) oder wenn Sie uns dazu Ihre Einwilligung erteilt haben (§ 6 Nr. 5 DSGVO-EKD). Dabei verfolgen wir das Ziel, Sie bestmöglich zu behandeln. Wir benötigen Ihre Daten für die Patientenaufnahme, zur Therapieplanung, um Sie zu verpflegen, zur Abrechnung unserer Leistungen und um Sie im Rahmen der Nachsorge optimal zu unterstützen. Dafür verarbeiten wir Ihre Daten zum Beispiel für die Versendung von Einladungen an Sie, Terminabsprachen,

Aufnahmegespräche, Erstellung von Anamnesen, Diagnosen, Berichtswesen, Erstellung von Verlängerungsanträgen, Bescheinigungen und Entlassungsbriefen.

Daneben verarbeiten wir personenbezogene Daten zur Wahrung der folgenden berechtigten Interessen (§ 6 Nr. 4, 8 DSGVO): Gewährleistung des IT-Betriebs und Sicherheit sowie Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten.

Je nach Art des Geschäftsvorfalles bzw. nach Ihrer Anfrage speichern wir Ihre personenbezogenen Daten in dem erforderlichen Umfang im Rahmen der Zweckbindung und der Marktüblichkeit in unseren Kommunikations- und Krankenhaus-Informationssystemen.

Nur wenn dies Teil unserer vertraglichen Beziehungen ist oder sofern wir von Ihnen eine Einwilligung dazu bekommen haben, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Information und Beratung über Produkte und Dienstleistungen sowie zur Marktforschung, klinischen Forschung, zur Kundenzufriedenheitsanalyse und zur Weitergabe an Dritte.

Für die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben verarbeiten wir, sofern erforderlich, Ihre personenbezogenen Daten und geben diese im gesetzlich erlaubten oder erforderlichen Umfang an Dritte weiter (§ 6 Nr.1 DSGVO).

## Von wem bekommen wir Ihre personenbezogenen Daten?

Ihre personenbezogenen Daten erheben wir wenn möglich bei Ihnen selbst. Häufig erhalten wir Ihre Daten von sogenannten Einweisern, das sind z.B. andere Krankenhäuser, die eine Erst- / Vor-Behandlung durchgeführt haben, Kostenträger (Krankenkassen oder Rentenversicherungen), Fachärzte etc.

## Wer bekommt Ihre personenbezogenen Daten? (§ 17 Abs. 1 Nr. 4 DSGVO)

Wir geben personenbezogene Daten grundsätzlich nicht an Dritte weiter, es sei denn, Sie haben dazu Ihre Einwilligung oder Schweigepflichtentbindung erteilt oder wir haben ein berechtigtes Interesse oder eine gesetzliche Regelung sieht dies vor. Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt dann z.B. an Kostenträger wie Krankenkassen oder Rentenversicherungen, an unsere angegliederte Schule an der Rosenau, an den Betreiber unserer Kantine, an externe Labore, Sanitätshäuser und sonstige Partner. Wenn wir Teile der Datenverarbeitung im Wege der Auftragsverarbeitung an Dienstleister vergeben, schließen wir mit diesen Lieferanten entsprechende Verträge zur Auftragsverarbeitung gem. § 30 DSGVO.

## Wie lange werden die Daten gespeichert? (§ 17 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO)

Grundsätzlich verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten nur solange, wie es zur Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist.

Der Gesetzgeber hat zudem vielfältige Aufbewahrungspflichten und -fristen erlassen, die wir befolgen müssen. In der Regel müssen wir Ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung.

Nach dem Wegfall des Verarbeitungszwecks und dem Ablauf einer gegebenenfalls anwendbaren Aufbewahrungsfrist werden die entsprechenden personenbezogenen Daten routinemäßig datenschutzkonform gelöscht.

## Welche Rechte und Pflichten haben Sie? (§ 17 Abs. 2 Nr. 2, 3 DSGVO)

Als betroffene Person, deren Daten wir verarbeiten, haben Sie folgende Rechte:

- Gem. § 19 DSGVO haben Sie das Recht auf Auskunft. Das bedeutet, Sie können von uns eine Bestätigung verlangen, ob sie betreffende personenbezogene Daten durch uns verarbeitet werden.
- Gem. § 20 DSGVO haben Sie das Recht auf Berichtigung. Das bedeutet, Sie können von uns die Berichtigung sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten verlangen.

- Gem. § 21 DSGVO haben Sie das Recht auf Löschung. Das bedeutet, Sie können von uns verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden – es sei denn wir können Ihre Daten nicht löschen, weil wir z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten beachten müssen.
- Gem. § 22 DSGVO haben Sie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung. Das bedeutet, wir dürfen Ihre personenbezogene Daten - abgesehen von ihrer Speicherung - praktisch nicht mehr verarbeiten.
- Gem. § 24 DSGVO haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Das bedeutet, Sie haben das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese Daten einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln.
- Gem. § 11 Abs. 3 DSGVO haben Sie das Recht auf jederzeitigen Widerruf einer erteilten Einwilligung für die Zukunft.
- Gem. § 17 Abs. 2 Nr. 3 DSGVO haben Sie ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.
- Sie verpflichten sich, über sämtliche personenbezogenen Daten über Mitpatienten\*innen oder Mitarbeitende der Kinderfachklinik Bad Sassendorf GmbH, über die Sie während meines Aufenthalts Kenntnis erlangt haben, Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt unbeschränkt auch für die Zeit nach Ihrem Aufenthalt.

## Zuständige Aufsichtsbehörde

### Der Beauftragte für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland

Böttcherstraße 7, 30419 Hannover

Telefon: +49 (0)511 768128-0

Fax: +49 (0)511 768128-20

[info@datenschutz.ekd.de](mailto:info@datenschutz.ekd.de)

Wir benötigen nur diejenigen personenbezogenen Daten, die für Ihre Behandlung und die Erfüllung des Behandlungsvertrags notwendig sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich (z.B. Sozialgesetzbücher) verpflichtet sind. Anderenfalls können bzw. dürfen wir Sie nicht behandeln - wir dürfen dann keinen Vertrag mit Ihnen schließen und durchführen.

#### Information über Ihr Widerspruchsrecht nach § 25 DSGVO

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von § 6 Nr. 1, 3, 4 oder 8 DSGVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen.

Der Widerspruch verpflichtet uns dazu, die Verarbeitung zu unterlassen, soweit nicht an der Verarbeitung ein zwingendes kirchliches Interesse besteht, das Interesse einer dritten Person überwiegt oder eine Rechtsvorschrift zur Verarbeitung verpflichtet. Der Widerspruch sollte schriftlich per Post oder E-Mail erfolgen und sollte möglichst an unseren örtlichen Datenschutzbeauftragten gerichtet werden (Kontaktdaten siehe oben).

Wenn Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen wollen oder Fragen zum Datenschutz haben, wenden Sie sich - am besten bitte schriftlich (per Post oder per E-Mail) - an unseren örtlichen Datenschutzbeauftragten (Kontaktdaten siehe oben).

Ich habe die Erklärungen zur Kenntnis genommen und willige in die Verarbeitung und Erstellung der oben genannten Datensätze ein.

**Gleichzeitig verpflichte ich mich ausdrücklich, über alle personenbezogenen Daten von Mitpatienten\*innen oder Mitarbeitenden der Kinderfachklinik Bad Sassendorf GmbH, über die ich während meines Aufenthalts Kenntnis erlangt habe, Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt unbeschränkt auch für die Zeit nach meinem Aufenthalt.**

---

Unterschrift Patient/Patientin

---

Unterschrift der Erziehungsberechtigten





# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

## Koffer-Checkliste

Nachfolgend geben wir Ihnen einige Hinweise zu den Dingen, die für die Zeit der Behandlung bei uns benötigt werden:

**Geben Sie bitte nur maschinen- und trocknergeeignete Kleidungsstücke mit.**

Handtücher für die Tageshygiene in der Klinik und Bettwäsche werden von unserem Haus gestellt. Natürlich darf Ihr Kind auch seine „Lieblingsbettwäsche“ mitbringen.

CD Player, MP3 Player und tragbare Spielekonsolen können mitgebracht werden, sie können allerdings nur nach der entsprechenden Stationsordnung benutzt werden. Für eine positive Entwicklung und leichtere Integration in die Gruppe wird empfohlen, Spielekonsolen zu Hause zu lassen.

Natürlich dürfen die Kinder und Jugendlichen ein paar persönliche Sache, z.B. Bücher, Fotos, Lieblingsspielzeug, Kuscheltiere etc. mitbringen.

Die Klinik kann **keine** Haftung für Gegenstände übernehmen, die abhanden kommen.

**Diese Liste soll Ihnen Anregung und Hilfe beim Kofferpacken geben:**

Persönliche Unterlagen

- Krankenversicherungskarte
- Impfausweis
- Laborergebnisse
- Arztberichte
- Verordnete Medikamente
- Allergiepass
- Röntgenbilder
- EKG bei Adipositas

### **Bekleidung**

- Nachtwäsche
- Unterwäsche
- Strümpfe/Socken
- Ausreichende bequeme Oberbekleidung
- Hosen
- Regenkleidung/Regenschirm

### **Sportbekleidung**

- Ausreichende Sportoutfits zum Wechseln
- Haargummis/Haarklammern
- Badebekleidung
- Badetuch
- Ersatzbadetuch
- Sporttasche oder Rucksack

### Schuhe

- Straßenschuhe
- Festes Schuhwerk
- Hallenturnschuhe mit heller  
Sohle
- Sportschuhe für draußen
- Badeschuhe
- Hausschuhe
- Gummistiefel oder alte  
Schuhe (tiergestützte Therapie)

### Sonstiges

- Uhr/Wecker
- Ladekabel/Netzadapter
- Persönliche Toilettenartikel  
(nur Roll On Deo)
- Haartrockner
- Taschentücher
- Schultasche
- Schulbücher
- Schreibutensilien
- Rucksack für Ausflüge
- Mütze oder Cap je nach  
Jahreszeit
- Nageletui mit Nagelschere
- Reithelm (wenn vorhanden)
- Wäschenetz

**Das Team der Kinderfachklinik**

# Fragebogen zur Behandlung Ihres Kindes

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und schon vor der stationären Aufnahme Ihres Kindes in der Kinderfachklinik Bad Sassendorf an uns zurück zu senden. Sie können selbstverständlich zusätzliche Bemerkungen bei den einzelnen Fragen bzw. Antworten eintragen. Trifft eine Frage überhaupt nicht zu oder können Sie eine Frage nicht beantworten, lassen Sie sie aus und fahren mit der nächsten fort.

Die Informationen des Fragebogens dienen uns dazu, einen ersten Eindruck zu gewinnen, und vor Aufnahme Gruppenzugehörigkeit und besondere therapeutische Schwerpunkte einplanen zu können. Der Fragebogen ersetzt natürlich nicht die Notwendigkeit des persönlichen Aufnahmegesprächs mit Ihnen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

## Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

**Wer regte die Rehabilitation an:** \_\_\_\_\_

**Welcher Arzt hat die Rehabilitation eingeleitet:** \_\_\_\_\_

Name des Kindes		
Adresse		
Geburtsdatum/-ort		
Nationalität/Konfession		

Name und Adresse des Vaters		
Tel.Nr. oder Handy-Nr. des Vaters		
Name und Adresse der Mutter		
Tel.Nr. oder Handy-Nr. der Mutter		
Bei wem lebt das Kind?		
<b>Sorgerecht</b>		Bei <b>alleinigem Sorgerecht</b> bitte unbedingt einen <b>Nachweis</b> erbringen, eine Aufnahme <b>kann sonst nicht erfolgen!</b>

**Entwicklung des Problems, der Problematik:**

(Wir bitten um kurze Darstellung der aktuellen Problematik und Ihrer Entwicklung)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Name, Adresse, Tel	Art der Hilfe/ Diagnostik	von	bis
Hausarzt/ Kinderarzt:			
Facharzt:			
Psychotherapeut / Psychologe:			
Beratungsstelle/ Ambulanz:			
Klinik:			
Sonstiges:			

**Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes**

(Angaben entnehmen Sie ggf. dem gelben U-Heft und dem Mutterpass)

**Schwangerschaftsverlauf** unauffällig       Komplikationen, Risiken: \_\_\_\_\_**Geburt**

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

 unauffällig       Besonderheiten \_\_\_\_\_  
(z.B. Zangen- oder Saugglockengeburt, Kaiserschnitt, Nabelschnurumschlingung des Halses etc.)

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

Länge: \_\_\_\_\_ cm

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Apgar-Werte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Komplikationen nach der Geburt**

(z.B. Neugeboreneninfektion, -krämpfe, -gelbsucht, Atemschwierigkeiten, Ernährungsprobleme)

---



---

**Auffälligkeiten in der Säuglingszeit (1. Lebensjahr)**


---



---

**Kindliche Entwicklung**

	Alter in Monaten
Wann lernte Ihr Kind laufen?	
Wann war die Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen?	
Wann lernte es sprechen?      Erste Worte	
Erste Sätze	
Bekam Ihr Kind Frühförderung, Ergotherapie, Logopädie oder Krankengymnastik? Wenn ja, wann und wie lange?	

**Gesundheitliche Entwicklung**

	Alter
Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind?	
Wurde Ihr Kind bereits operiert?	
Hat Ihr Kind Allergien?	

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig? (Auch die „Pille“ ist ein Medikament)	Dosierung

Gab es bedeutsame medikamentöse Behandlungen in der Vergangenheit? (z.B. bei ADHS, Depression, Epilepsie,...)	Dosierung und Zeitraum

**Fragen zur Familie**

	<b>Alter</b>	Gesundheitsstatus (ernsthafte oder chronische Erkrankungen sowie auch vererbte Erkrankungen, Behinderungen, seelische Leiden, Übergewicht)
<b>Vater</b>		
Vater des Vaters		
Mutter des Vaters		
Geschwister des Vaters		
<b>Mutter</b>		
Vater der Mutter		
Mutter der Mutter		
Geschwister der Mutter		

## Angaben zu Geschwistern und Halbgeschwistern des Kindes

Name	Alter	Geschlecht	Gesundheitsstatus

**Projekt Young Carer:**

Gehört Ihr Kind zu den „Young Carer“, d.h. versorgt/pflegt es zu Hause ein Familienmitglied oder hilft es bei der Versorgung/Pflege täglich mit?  ja  nein

**Fragen zur Lebenssituation des Kindes und seiner Familie**

Das Kind lebt in

Ursprungsfamilie	seit: _____
Adoptivfamilie	seit: _____
Pflegefamilie	seit: _____
Kinderheim / Wohngruppe	seit: _____
Sonstiges	seit: _____

Die Eltern sind:	ja	nein	seit
verheiratet			
getrennt			
geschieden			
	ja	nein	seit
Mutter in neuer Partnerschaft			
Mutter wieder verheiratet			
Vater in neuer Partnerschaft			
Vater wieder verheiratet			

Mit wem lebt das Kind gemeinsam im Haushalt? \_\_\_\_\_

Bei Trennung: Wie oft hat es Kontakt zum anderen Elternteil? \_\_\_\_\_

Wer betreut das Kind überwiegend? \_\_\_\_\_

Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen für ihr Kind?: \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit der Mutter und des Vaters sowie evtl. Lebenspartner (Vollzeit u. Teilzeit)**

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Beruf des Lebenspartners: \_\_\_\_\_

Beruf der Lebenspartnerin: \_\_\_\_\_

**Fragen zur Freizeitgestaltung**

Hat Ihr Kind Freunde?  ja  nein  älter  jünger  gleichaltrig

Medienkonsum	Wie lange pro Tag?
PC / Internet	
TV	
Spielekonsole	
Handy	

Hat Ihr Kind Hobbies?

ja Welche? \_\_\_\_\_  nein

Ist Ihr Kind in einem Verein?

ja In Welchem? \_\_\_\_\_  nein

Hat Ihr Kind schon mal Zigaretten, Alkohol oder Drogen konsumiert?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fragen zu Kindergarten, Schule, Ausbildung**

Hat Ihr Kind einen Kindergarten, eine Tagesstätte, eine Krippe oder einen Hort besucht?

ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein



Wie waren das Verhalten und die Entwicklung damals?

---



---



---

Hat Ihr Kind eine Vorschule besucht?

ja Warum? \_\_\_\_\_  nein

### Schullaufbahn einschließlich Einschulung und Schulwechsel

Schulform	von - bis	Klassenstufe beim Schulwechsel

Hat Ihr Kind bereits Klassen wiederholt?

ja Welche? \_\_\_\_\_ Warum? \_\_\_\_\_  nein

Derzeitige Schulform: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Macht Ihr Kind seine Hausaufgaben?

selbständig?

gar nicht?

mit Hilfe?

Aktueller Notenstand:

Mathematik: \_\_\_\_\_ Deutsch: \_\_\_\_\_ Englisch: \_\_\_\_\_ sonstige Fächer: \_\_\_\_\_

Kopfnoten:

Sozialverhalten: \_\_\_\_\_ Leistungsbereitschaft: \_\_\_\_\_ Zuverlässigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: erreicht: \_\_\_\_\_ angestrebt: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind z.Zt. in einer Ausbildung?

ja Welche? \_\_\_\_\_

nein

Geht Ihr Kind gern zur Schule?  ja  nein

Wie ist das Verhältnis zu Mitschüler\*innen? \_\_\_\_\_

Wie ist das Verhältnis zu Lehrer\*innen? \_\_\_\_\_

- Kommt es zu
- Schwänzen
  - Vermeidung
  - Verweigerung

Wie viele Fehltage hatte Ihr Kind im letzten Schuljahr? \_\_\_\_\_ Tage

**Fragen zu Zielen und Erwartungen**

Welche Ziele und Erwartungen hast Du (bitte vom Patienten auszufüllen)?

---

---

---

---

---

---

---

Welche Ziele und Erwartungen haben Sie als Eltern an den Aufenthalt in unserer Klinik?

---

---

---

---

---

---

---

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_

Wann wurde der Fragebogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre / Deine Mühe!

**VMD8 Ärztliches Attest**

---

**Ärztliches Attest**

Das Kind \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
wird am \_\_\_\_\_ zur stationären Heilbehandlung  
in die Kinderfachklinik Bad Sassendorf aufgenommen.

Die ärztliche Untersuchung hat am \_\_\_\_\_ stattgefunden.

\_\_\_\_\_ ist frei von ansteckenden Krankheiten.

Kopflaus- / Nissenbefall aktuell ausgeschlossen:

ja

nein

Tetanusschutz aktuell vollständig:

ja

nein

Aktuelle Medikamente:

---

---

---

---

---

Bei Kindern und Jugendlichen, die zur Gewichtsreduktion aufgenommen werden,  
bitten wir vorab um Ableitung eines EKG und eine laborchemische Untersuchung :  
kleines BB, BZ, ev. HbA1C, Harnsäure, Creatinin, GOT, GPT,  $\gamma$ -GT, Triglyceride,  
Gesamtcholesterin und Fraktionen, E-lyte, TSH.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Arztes



# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

## Einverständniserklärungen

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigten,

Sie haben Ihr Kind zur stationären Therapie in der Kinderfachklinik Bad Sassendorf angemeldet.

Aus versicherungstechnischen Gründen benötigen wir für folgende Punkte (1-9) Ihr Einverständnis. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb. am : \_\_\_\_\_

Wohnhaft: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 1. Ist Ihr Kind....

Schwimmer                      oder                       Nichtschwimmer

*Falls Schwimmer: Hat Ihr Kind ein Schwimmabzeichen? Welches?*

\_\_\_\_\_

### 2. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Kind im Schwimmbad auch *ohne* unsere direkte Aufsicht schwimmt?

Ja                                       Nein

### 3. Darf Ihr Kind auch ohne Begleitung in Absprache mit dem Betreuungspersonal zu bestimmten therapie- und schulfreien Zeiten das Klinikgelände verlassen und in Kleingruppen in den Ort Bad Sassendorf gehen?

Ja                                       Nein

**4. Darf Ihr Kind auch ohne Begleitung in Absprache in Kleingruppen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln, nach Soest oder Lippstadt fahren?**

Ja  Nein

**5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind beim Wunsch nach einem Friseurbesuch diesen wahrnehmen darf.**

Ja  Nein

**6. Mein Kind darf an erlebnispädagogischen Gruppenaktivitäten, wie z.B. klettern, Kanu fahren usw. teilnehmen.**

Ja  Nein

**7. Kann Ihr Kind Fahrrad fahren?**

Ja  Nein

**8. Ihr Kind hat einen Fahrradführerschein gemacht und darf in kleinen Gruppen an einer betreuten Radtour teilnehmen (Helmpflicht!)?**

Ja  Nein

**9. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind in Kleingruppen ortsnahe Kirmesveranstaltungen besuchen darf. Mein Kind darf die verschiedenen Aktivitäten (Fahrgeschäfte, Stände, Losbuden etc.) nutzen.**

Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift übernehme ich die Verantwortung und im Schadenfall die Haftung für Schadensfälle außerhalb der rekonzeptionellen therapeutischen und pädagogischen Angebote.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**ACHTUNG! Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht, müssen beide Elternteile unterschreiben.**

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. ihm das Sorgerecht allein zusteht.**



# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die

Kinderfachklinik Sassendorf GmbH  
Lütgenweg 2  
59505 Bad Sassendorf

im erforderlichen Umfang, Behandlungsunterlagen, insbesondere Befundberichte von meinem Kind

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft:

\_\_\_\_\_

einholt.

Insoweit entbinde ich die Ärzte und Kliniken von ihrer Schweigepflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**ACHTUNG! Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht, müssen beide Elternteile unterschreiben.**

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. ihm das Sorgerecht allein zusteht.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient ab 14 Jahre



# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

## Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind \_\_\_\_\_  
**(Namen bitte eintragen!)**

an den Besuchswochenenden mit den nachstehend genannten Personen die Kinderfachklinik auf eigene Gefahr verlassen darf:

Name: Besucher / Besucherin	Verhältnis zum Kind (verwandt, befreundet)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**ACHTUNG! Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht, müssen beide Elternteile unterschreiben.**

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. ihm das Sorgerecht allein zusteht.**

**Name Patient:** \_\_\_\_\_

stattgefundene Besuche:

Besucher	Wochentag, Datum	abgeholt um	zurückgebr. um	MA- Kürzel





# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

## **Verfahrensweisung für den Betrieb ortsveränderlicher elektrischer Anlagen und Betriebsmittel (Elektrogeräte)**

Gemäß der bestehenden Brandschutzordnungen und den gesetzlichen Unfallverhütungsvorschriften BGV A3, stellen das Mitführen und der Betrieb privater elektrischer Geräte in Krankenhäuser und Kliniken ein Risiko dar.

Der **Anschluss und Betrieb privater elektrischer Geräte** (z. B. Heizgeräte, Wasserkocher, Ventilatoren, Kühlboxen, Klimageräte etc.) ist in der Kinderfachklinik Bad Sassendorf nicht erlaubt. Ausgenommen sind elektrische Kleingeräte, die der Körperpflege und /oder Kommunikation dienen (z. B. elektrische Rasierapparate, Föhn, Ladegeräte usw.).

Die Haftung für Schäden, die der Kinderfachklinik Bad Sassendorf durch von den Patienten mitgebrachte elektrische Geräte entstehen, richtet sich nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen. Ebenso können wir keine Haftung für diese mitgebrachten Geräte übernehmen. Wir bestätigen, dass die von meiner Tochter / meinem Sohn \_\_\_\_\_ in die Kinderfachklinik Bad Sassendorf mitgebrachten Elektrogeräte sich in einem technisch einwandfreien Zustand befinden.

Wird durch das Aufnahmepersonal der Klinik ein optischer Schaden festgestellt, behält sich die Klinik vor, das Elektrogerät für die Dauer des Aufenthaltes einzulagern.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**ACHTUNG! Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht, müssen beide Elternteile unterschreiben.**

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. ihm das Sorgerecht allein zusteht.**



# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

**Einverständniserklärungen**

**Ärztliche Maßnahmen**

## **Einverständniserklärung**

für notwendige ärztliche Maßnahmen

- körperliche Untersuchungen
- Medikamentengabe bei Bagatellerkrankungen  
(z.B. Husten, Schnupfen, kleine Sportverletzungen etc.)

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**ACHTUNG! Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht, müssen beide Elternteile unterschreiben.**

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. ihm das Sorgerecht allein zusteht.**



# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

**Einverständniserklärungen**

**Informationsaustausch Schule**

## **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kinderfachklinik Bad Sassendorf im erforderlichen Umfang Informationen über mein Kind mit der uns angegliederten Klinikschule - Schule an der Rosenau - austauscht.

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**ACHTUNG! Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht, müssen beide Elternteile unterschreiben.**

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. ihm das Sorgerecht allein zusteht.**



# **Kinderfachklinik Bad Sassendorf**

**Rehabilitation, Vorsorge- und Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche mit seelischen und psychosomatischen Störungen**

## **Einverständniserklärung für die Arbeit mit Tieren**

Sehr geehrte Frau / Herr / Familie,

die Einbeziehung von Tieren in die Therapie und Pädagogik ist in der Kinderfachklinik Bad Sassendorf seit vielen Jahren erprobter und fester Bestandteil des Konzeptes. Sie werden in die psychotherapeutische Arbeit integriert, ebenso in die erfahrungstherapeutische und erlebnispädagogische Arbeit. Der Umgang mit den Tieren in der Therapie soll zur emotionalen Stabilisierung, Förderung der Selbststeuerungsfähigkeit und Übernahme von Verantwortung beitragen.

Alle Tiere sind bereits oder werden für ihre Aufgaben ausgebildet. Jedes Tier wird regelmäßig tierärztlich untersucht und behandelt, so dass von ihm keine Infektionsgefahr für Menschen ausgeht. Natürlich sind alle Tiere vom Wesen her ganz besonders für die Arbeit mit unseren Kindern und Jugendlichen geeignet. Wir berücksichtigen natürlich spezifische Ängste und Allergien.

Aus formalen Gründen benötigen wir Ihr Einverständnis, dass Ihr Kind an den tiergestützten Therapien / tiergestützten pädagogischen Angeboten teilnehmen darf.

Hiermit erlaube ich, dass mein Kind \_\_\_\_\_ **(Namen bitte eintragen!)** an tiergestützten Therapieeinheiten und tiergestützten Freizeit- und pädagogischen Angeboten unter entsprechender Aufsicht und Begleitung teilnehmen darf.

Mein Kind hat

Reiterfahrung  ja  nein

Falls ja, Reitunterricht  ja wie lange \_\_\_\_\_

Abzeichen/Niveau: \_\_\_\_\_

Disziplin:  Englisch/Western  Voltigieren

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**ACHTUNG! Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht, müssen beide Elternteile unterschreiben.**

**Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. ihm das Sorgerecht allein zusteht.**



### Angaben zur Beschulung

(auszufüllen von den Eltern/ Erziehungsberechtigten)

Name/ Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

Name/ Anschrift der Heimatschule: \_\_\_\_\_

Schulform/ Jahrgangsstufe: \_\_\_\_\_

Name des/ der Klassenlehrers/ in: \_\_\_\_\_

In diesem Schuljahr hat mein/ unser Kind Unterricht in folgenden Fremdsprachen:

Englisch

Französisch

Latein

Spanisch

Er/ Sie muss im Unterricht  eine Brille tragen.

ein Hörgerät tragen.

Er/ Sie nimmt zu Hause am Unterricht für die Konfirmation teil:

Ja

Nein

**Bitte senden Sie diesen Bogen vor Beginn des Aufenthaltes zurück an unsere Schule!**

**Danke!**



# SCHULE AN DER ROSENAU

## öffentliche Schule für die Kinderfachklinik Bad Sassendorf

Lütgenweg 2 59505 Bad Sassendorf Telefon 02921/345966 Fax 02921/345968

Homepage [www.schule-an-der-rosenau.de](http://www.schule-an-der-rosenau.de) E-mail [rosenausschule@t-online.de](mailto:rosenausschule@t-online.de)

### Angaben zur Beschulung

(auszufüllen von den Eltern/ Erziehungsberechtigten)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Name/ Anschrift der Eltern: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

### Schulgottesdienste:

Alle drei Wochen feiern wir an unserer Schule einen ökumenischen Gottesdienst, zu dem alle eingeladen sind. Einige Schüler/-innen lesen selbstverfasste Texte zu einem bestimmten Thema vor und andere können ihre musikalischen Talente zeigen. Bitte entscheiden Sie gemeinsam mit ihrem Kind, ob es an den Gottesdiensten teilnehmen möchte oder während dieser Zeit der Ersatzunterricht besucht werden soll.

### Unter 14 Jahren:

- Mein/ unser Kind soll am Schulgottesdienst teilnehmen.
- Mein/ unser Kind soll nicht am Schulgottesdienst, sondern am Ersatzunterricht teilnehmen.

### Ab 14 Jahren:

- Ich nehme am Schulgottesdienst teil.
- Ich melde mich vom Schulgottesdienst ab und nehme am Ersatzunterricht teil.

Bad Sassendorf, den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind im Rahmen Schulveranstaltungen eventuell fotografiert wird, und dass diese Fotos in der örtlichen Tageszeitung und auf der Homepage der Schule veröffentlicht werden dürfen.

Bad Sassendorf, den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten)

**Bitte senden Sie diesen Bogen vor Beginn des Aufenthaltes zurück an unsere Schule!**

**Danke!**



**Sehr geehrte Eltern,  
Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,**

Ihr Sohn/ Ihre Tochter wird in den kommenden Wochen einen Aufenthalt in der Kinderfachklinik Bad Sassendorf beginnen.  
In dieser Zeit sind wir als Schule für die schulische Förderung Ihres Kindes zuständig.

Um diese Förderung von Beginn an positiv für Ihr Kind gestalten zu können, benötigen wir für unsere Planung vorab einige Informationen.

Wir bitten Sie daher, die beigefügten Unterlagen (**Angaben zur Beschulung**) zeitnah an uns zurück zu senden.

Die Unterlagen für die Heimatschule Ihres Kindes (**Anschreiben/ Antwortbogen**) geben Sie bitte an die Schule Ihres Kindes weiter.

Für die Zeit des Aufenthaltes geben Sie Ihrem Kind – falls vorhanden - für die Fächer

- ❖ Deutsch
- ❖ Mathematik
- ❖ Englisch
- ❖ Französisch
- ❖ Latein
- ❖ Spanisch

**Schulbücher, Arbeitshefte, Schulhefte, evtl. Arbeitsblätter mit.**

Außerdem sollte Ihr Kind mitbringen:

- ❖ Etui mit Bleistift, Radiergummi, Anspitzer, Lineal, Füller, Buntstifte, Filzstifte
- ❖ Bei Bedarf: Zirkel, Taschenrechner, Geodreieck

Sofern Ihr Kind während des Aufenthaltes am **Konfirmandenunterricht** teilnimmt, geben Sie mögliche Materialien ebenfalls mit.

Der Elternanteil am **Kopiergeld** beträgt für die gesamte Zeit des Aufenthaltes **2,00€**.  
Bitte bringen Sie diesen Betrag zur Aufnahme in die Schule mit.

**Vielen Dank!**

Mit freundlichen Grüßen

Heike Schmidt, Schulleiterin



# SCHULE AN DER ROSENAU

**öffentliche Schule für die Kinderfachklinik Bad Sassendorf**

Lütgenweg 2 59505 Bad Sassendorf Telefon 02921/345966 Fax 02921/345968

Homepage [www.schule-an-der-rosenau.de](http://www.schule-an-der-rosenau.de) E-mail [rosenausschule@t-online.de](mailto:rosenausschule@t-online.de)

## Anschreiben an die Heimatschule

(Bitte den Namen Ihres Kindes eintragen und dieses Schreiben an die Schule weitergeben)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihr(e) Schüler(in) \_\_\_\_\_ wird während des kommenden

Klinikaufenthaltes unsere Schule besuchen.

Unsere Schule ist eine der Kinderfachklinik angeschlossene öffentliche Schule der Gemeinde Bad Sassendorf.

Während ihres Klinikaufenthaltes werden bei uns schulpflichtige Schüler/-innen aller Schulformen und Schulstufen unterrichtet.

Der Unterricht an unserer Schule wird in Kleingruppen erteilt, wobei die Lerngruppen jahrgangs- und schulformübergreifend zusammengestellt werden. Die Wochenstundenzahl beträgt durchschnittlich 12 Unterrichtsstunden. Schulische Leistungen werden in der Regel nicht benotet.

Schulpflichtige Schüler/-innen des Landes NRW erfüllen gem. §21 (2) während des Aufenthaltes ihre Schulpflicht an unserer Schule. Eine Beurlaubung durch Ihre Schule ist daher nicht erforderlich. Fehlzeiten entstehen ebenfalls nicht.

Es gilt die Ferienordnung des Landes NRW.

Im Anschluss an die Beschulung können Sie Informationen über die Lernentwicklung des Schülers/ der Schülerin erhalten. Bitte setzen Sie sich diesbezüglich mit uns in Verbindung.

Um die Schüler/-innen während des Aufenthaltes bestmöglich fördern zu können und zur Führung unsere Schülerakte bitten wir um **Zusendung** des beigefügten Schreibens

### ❖ Antwortbogen Schule

Unterricht erhalten die Schüler/-innen in den Fächern Deutsch, Mathematik, Englisch und gegebenenfalls in den Fächern Französisch, Latein, Spanisch und Sachunterricht. Dabei erhält jeder Schüler einen individuellen Förderplan.

Ferner bieten wir Instrumentalunterricht und die Teilnahme am Chor an.

Wir weisen darauf hin, dass je nach individueller Schwerpunktsetzung die von Ihnen angegebenen Lerninhalte nicht immer in vollem Umfang bearbeitet werden können.

**Für Ihre Mithilfe herzlichen Dank!**

gez. Heike Schmidt, Schulleiterin



# Rückantwortbogen: Heimatschule

(Auszufüllen von der Heimatschule)

VK 20.2.1

\_\_\_\_\_  
(Name, Adresse der Stammschule)

An die  
Schule an der Rosenau  
Lütgenweg 2  
59505 Bad Sassendorf

## Allgemeine Angaben:

Schüler/in: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Zuständige Lehrkraft: \_\_\_\_\_ Dienstmailadresse: \_\_\_\_\_

Liegt ein sonderpädagogischer Förderschwerpunkt vor?

Wenn ja, Förderschwerpunkt: \_\_\_\_\_

Masernschutzimpfung wurde an der Stammschule überprüft:  ja  nein

## Angaben zum Unterricht/ zu Lerninhalten

Mögl. Zugangsdaten für digitale Lernplattform: \_\_\_\_\_

Geplante Lerninhalte vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Zeit des Reha-Aufenthaltes)

Deutsch:(Titel des Lehrwerks, Themen, evtl. Seiten/ Aufgaben)

Mathematik: (s.o.)

Englisch: (s.o.)

2. Fremdsprache:

Bitte bei Bedarf Rückseite nutzen