



## 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.
- Im Fall einer Pflegschaft bitte Bestallungsurkunde oder Bestätigung der Vormundschaftsstelle beifügen

### **3. Medizinische Unterlagen**

Das **ärztliche Attest** sollte maximal 1 Woche vor Anreise von einem Arzt ausgefüllt werden und muss zur Aufnahme mitgebracht werden. Bitte denken Sie daran, rechtzeitig einen Termin für das EKG/Laborwerte – die Werte dürfen **nicht älter als 4 Wochen** sein – (siehe Vordruck Ärztliches Attest) – zu vereinbaren. Die Ergebnisse müssen 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 Anreisetermin 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



# 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.**


**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><br>Lütgenweg 2<br>59505 Bad Sassendorf  | Telefon: +49 (02921) 9600-0<br>Telefax: +49 (02921) 53438<br>E-Mail: <a href="mailto:info@bs.johanniter-kliniken.de">info@bs.johanniter-kliniken.de</a>  |
| <b>Datenschutzbeauftragter:</b><br>Cennet Rüzgar-Horoz<br>PwC Cyber Security Services GmbH<br>Friedrich-Ebert-Anlage 35-37<br>60327 Frankfurt am Main<br><br>Zentrale Datenschutzkoordination Johanniter GmbH | E-Mail: <a href="mailto:cennet.ruezgar.horoz@pwc.com">cennet.ruezgar.horoz@pwc.com</a><br>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><br>Wolfram Herbe<br>Lütgenweg 2<br>59505 Bad Sassendorf | Telefon: +49 (02921) 9600-43<br>Telefax: +49 (02921) 53438<br>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 der betreffenden 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 personenbezogenen 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 (Kontakt Daten 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 (Kontakt Daten 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 (bei Übergewicht)

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 Aufnahmegespräches 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?            |  |   |
| Sorgerecht                        |  | Bei <b>alleinigem Sorgerecht</b> bitte unbedingt einen <b>Nachweis</b> erbringen, eine Aufnahme <b>kann sonst nicht erfolgen!</b> |

| 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?<br>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?<br>(Auch die „Pille“ ist ein Medikament) | Dosierung |
|  |           |
|  |           |

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

**Fragen zur Familie**

|                        | Alter | 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? \_\_\_\_\_☐ neinGeht 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 haben Sie als Eltern an den Aufenthalt in unserer Klinik?

---



---



---



---

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

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

Vielen Dank für Ihre Mühe!



## Fragebogen für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht

Dein Name: \_\_\_\_\_ Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Bitte kreuze in den entsprechenden Kästchen das jeweils Zutreffende an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten möglich. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. Schreibe bitte in diesem Fall deine Antwort in die jeweiligen leeren Zeilen.

➔ **Alle deine Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt!**

1. Seit wann hast du Übergewicht?

---

---

2. Was ist deiner Meinung nach der Grund für dein Übergewicht?

---

---

3. Wie groß bist du? \_\_\_\_\_ cm

4. Achtest du auf dein Gewicht, bzw. wiegst du dich regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein

5. Was war dein höchstes Gewicht in den letzten 6 Monaten? \_\_\_\_\_ kg

6. Was war dein niedrigstes Gewicht in den letzten 6 Monaten? \_\_\_\_\_ kg

7. Was ist dein jetziges Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

8. Gibt es etwas, das dich stört?

- ☐ Mich stört mein Aussehen
- ☐ Ich werde von anderen geärgert
- ☐ Ich habe keine Freunde
- ☐ Ich fühle mich in meinem Körper nicht wohl
- ☐ Ich fühle mich beobachtet
- ☐ Ich habe körperliche Beschwerden
- ☐ Ich kann mich nicht so gut bewegen
- ☐ Ich habe Angst vor gesundheitlichen Schäden
- ☐ Sonstiges:

---

9. Wieviel kg möchtest du abnehmen? \_\_\_\_\_ kg



10. In welcher Zeit glaubst du, dein Wunschgewicht erreichen zu können? \_\_\_\_\_

11. Was muss passieren, damit du dein Wunschgewicht erreichst?

\_\_\_\_\_

12. Hast du schonmal aktiv versucht, dein Körpergewicht zu verringern? ☐ Ja ☐ Nein

13. Welche Unterstützung hast du bereits erhalten?

- ☐ Ernährungsberatung
- ☐ stationäre Angebote (z.B. Reha)
- ☐ ambulante Schulung (z.B. „Obeldicks“)
- ☐ Sonstiges:
- ☐ keine

14. Wie kommst du zur Schule/Arbeit?

|                                      | <u>immer</u>             | <u>oft</u>               | <u>selten</u>            | <u>nie</u>               |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➡ Ich fahre mit dem Bus              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➡ Ich werde mit dem Auto hingefahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➡ Ich fahre mit dem Fahrrad          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➡ Ich gehe zu Fuß                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Welche Mahlzeiten nimmst du regelmäßig zu dir?

Wo nimmst du sie ein? In der Schule/ Arbeit oder zu Hause?

- ☐ Frühstück
- ☐ Mittagessen
- ☐ Abendessen
- ☐ Zwischenmahlzeiten

16. Isst du überwiegend: ☐ alleine ☐ mit anderen ☐ mit Medien (z.B. Handy/TV)

17. Was trifft auf dich zu?

|   | <u>ja</u>                | <u>nein</u>              | <u>manchmal</u>          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➡ Ich bereite meine Mahlzeiten selbst zu  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➡ Ich koche gerne/ helfe gern beim kochen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Was trinkst du überwiegend?

\_\_\_\_\_



19. Was machst du in deiner Freizeit?

---

20. Nimmst du regelmäßig am Schulsport teil? ☐ Ja ☐ Nein

21. Wenn du Sport treibst, was gelingt dir gut?

- ☐ Balancieren
- ☐ Bälle fangen
- ☐ Bälle werfen
- ☐ Hula Hoop
- ☐ Liegestütz
- ☐ Seilspringen
- ☐ Tanzen
- ☐ Sonstiges:

22. Wenn du Sport treibst, gibt es etwas wovor du dich fürchtest? (z.B. in die Höhe klettern/Vorwärtsrolle/rückwärts laufen/...)?

---

23. Was würdest du in Bezug auf deine körperlichen Fähigkeiten gerne einmal können?

---

24. Wie viele Stunden am Tag nutzt du Medien in der Freizeit (Handy/Computerspiele/TV/...)?

---

25. Was machst du vor dem Einschlafen?

---

26. Wann schläfst du abends ein?

Schulzeit \_\_\_\_\_

Wochenende/Ferien \_\_\_\_\_

27. Was trifft auf dich zu?

|  | <u>ja</u>                | <u>nein</u>              | <u>manchmal</u>          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➡ Ich fühle mich morgens ausgeschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➡ Ich kann gut einschlafen             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➡ Ich werde nachts wach                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➡ Ich habe unangenehme Träume          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



28. Wann stehst du morgens auf? Schulzeit \_\_\_\_\_ Wochenende/Ferien \_\_\_\_\_

29. Was erwartest du von der Reha?

\_\_\_\_\_

30. Bist du motiviert? ☐ Ja ☐ Nein

31. Gibt es noch etwas, das du uns sagen willst?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass du dir die Mühe gemacht hast,  
den Fragebogen so sorgfältig auszufüllen!**





# 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 rehakonzepzionellen 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,<br>Datum | abgeholt<br>um | zurückgebr.<br>um | MA-<br>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**

**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 [rosenanschule@t-online.de](mailto:rosenanschule@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 beigegefügt 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 [rosenanschule@t-online.de](mailto:rosenanschule@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

\_\_\_\_\_  
(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