



## **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 fülle die Unterlagen sorgfältig und vollständig aus. Bei Ergänzungen bitte nicht die Rückseite benutzen, notiere diese gerne auf einer separaten Seite. Du kannst die ausgefüllten Unterlagen gern vorab im PDF Format per E-Mail an [info@bs.johanniter-kliniken.de](mailto:info@bs.johanniter-kliniken.de) senden. Bitte keine Unterlagen zusammenheften.
2. Das ärztliche Attest sollte maximal 1 Woche vor Anreise von einem Arzt ausgefüllt werden und kann zur Aufnahme mitgebracht werden. Bitte denke daran, rechtzeitig einen Termin für das EKG/Laborwerte – falls diese benötigt werden (siehe Attest) – zu vereinbaren. Die Ergebnisse können zur Aufnahme mitgebracht werden.



## VK 20.1 A-Z (Volljährig)

---

### Liebe\*r Patient\*in!

Mit der folgenden Übersicht möchten wir dir einen kurzen, möglichst umfassenden Überblick zu den Themen geben, die während des Aufenthaltes Kindes in unserer Klinik wichtig sind.

Eine ausführliche Beschreibung dieser Themen findest du auf unserer Homepage unter

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

## A

### Ärztliches Attest

Das ärztliche Attest (siehe Vordruck) sollte nicht älter als 1 Woche vor Aufnahmetermin sein.

### Allergien:

Falls du unter Allergien oder Unverträglichkeiten leidest, denke bitte daran, uns darüber zu informieren und den Allergiepass mitzubringen! Solltest du spezielle Dinge wie z.B. Waschpulver bzw. Bettzeug benötigen, bringe dies bitte mit. → siehe auch Essen

## B

### Bankverbindung:

Für alle finanziellen Transaktionen verwende bitte ausschließlich unser Konto

**IBAN: DE 95 4145 0075 0010 0000 57**

**BIC: WELADED1SOS**

**bei Sparkasse Soest.**

### Besuchszeiten

sind jeden Sonntag von 10.00 bis 18.00 Uhr.

Unbegleitete Patient\*innen:

Die Besuchsanmeldung muss bis spätestens Donnerstagabend auf der jeweiligen Ebene erfolgen. Bitte am Besuchstag immer an der Rezeption anmelden, dann wird auf der jeweiligen Ebene Bescheid gegeben.

**Die Besuchszeit beginnt um 10 Uhr und endet um 18 Uhr, dann solltest du zurück in der Kinderfachklinik sein.**

Dazwischen unternehmen wir Aktivitäten mit den Patienten, die keinen Besuch erhalten und sind deshalb eventuell nicht vor Ort.

Alle gesetzlichen Feiertage sind zusätzliche Besuchstage.

### Bettwäsche

Bettwäsche wird von uns bereitgestellt. Gerne kannst du natürlich auch deine eigene Wäsche, ebenso wie Allergiebettwäsche, mitbringen.

## **D**

### Dokumente

Bitte denke daran, die Krankenversicherungskarte, den Impfausweis, ggf. Allergiepass und, falls vorhanden, weitere ärztliche Unterlagen zur Aufnahme mitzubringen.

## **E**

### Elektrogeräte

(Haartrockner, Handy, Ladekabel etc.) müssen sich in einem technisch ordnungsgemäßen Zustand befinden, ansonsten ist ein Betrieb in der Klinik nicht gestattet.

### Essen

Falls du eine spezielle Kostform (vegetarisch, muslimisch, laktosefrei etc.) benötigst bzw. wünschst, informiere uns bitte vor Aufnahme darüber.

## **F**

### Fernsehgeräte

dürfen nicht mitgebracht werden.

### Fahrräder

dürfen gerne mitgebracht werden. Bitte melde vor Aufnahme an, wenn du ein Fahrrad mitbringen möchtest. Auf unserem Gelände steht ein abschließbarer Fahrradunterstand zur Verfügung. Du erhältst dann bei Aufnahme einen Schlüssel für die Zeit des 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.

## **G**

### Gelder

Bitte überweise ca. 1 Woche vor Aufnahme das **Aktionsgeld\*** auf das Konto der Klinik.

### **Unsere Kontodaten:**

**IBAN: DE 95 4145 0075 0010 0000 57**

**BIC: WELADED1SOS**

**bei Sparkasse Soest**

**Wichtig ist, dass du deinen Namen im Verwendungszweck angibst**, damit wir das Geld korrekt zuordnen können.

### \*Aktionsgeld

dient zur Kostendeckung von z.B. Wäsche waschen, Ausflügen und Freizeitmaßnahmen (35 € für ca. 4 Wochen), an denen du während des Aufenthaltes teilnimmst.

Bitte kein Bargeld per Post verschicken!

## **H**

### Handtücher

Handtücher für die tägliche Hygiene im Haus werden von uns gestellt. Diese dürfen nur im Gebäude genutzt werden.

Private Handtücher müssen für den Ausflug ins Schwimmbad mitgebracht werden. → siehe auch Koffer packen

### Handy

Handys dürfen mitgebracht werden, allerdings ist die Nutzung nur in den Handyzeiten der jeweiligen Ebenen gestattet. Außerhalb dieser Zeiten werden die Telefone im Dienstzimmer der Ebene verwahrt.

### Heimweh

Es ist ganz normal und natürlich, dass Heimweh auftritt. Neben dem Abschied kommen sicherlich auch Ängste vor der neuen ungewohnten Umgebung sowie vor den fremden Erwachsenen und den anderen Kindern zum Tragen. Dies sind ganz natürliche Reaktionen. Du kannst versichert sein, dass unsere Mitarbeitenden des pädagogischen Dienstes im Umgang mit Heimweh geschult sind und du mit diesen Gefühlen nicht alleine gelassen wirst. Gleichwohl ist es auch für alle eine wichtige Erfahrung, unabhängig von Ihren Eltern, Probleme und Konflikte meistern zu können.

### Hunde

Hunde sind auf dem gesamten Klinikgelände an der Leine zu führen. Ausnahmen gelten nur für unsere Therapiebegleithunde während der Therapieeinheiten. Bitte habe Verständnis dafür, dass ein Hund nicht mit ins Klinikgebäude darf.

Nur weil unsere Therapiebegleithunde hohe vorgegebene Standards in Bezug auf Hygiene, Gesundheit und Wesen erfüllen, dürfen sie sich in bestimmten Bereichen der Klinikgebäude aufhalten. Bitte lasse deinen Hund auch nicht angebunden unbeaufsichtigt auf dem Klinikgelände.

### Hygieneartikel

Bitte denke daran, Hygieneartikel, wie Wasch- und Zahnputzartikel, Hautcremes, Sonnencreme, usw. einzupacken.

## **I**

### Internetzugang

WLAN steht (eingeschränkt) in bestimmten Bereichen und auf den Zimmern kostenlos zur Verfügung.

Die Nutzung von Zoom, Homeschooling und Homeoffice ist nur bedingt möglich. Um die Kapazität nicht unnötigen zu belasten, bitten wir eindringlich um den Verzicht auf Nutzung von Streamingdiensten etc. Das Passwort für WLAN erhältst du bei der Anreise von unseren Mitarbeitenden auf der Ebene.

→ siehe auch Handy

## K

### Kaution

Für die Ausgabe des Zimmer- und Safeschlüssels wird eine Kaution von 20,00 € Pfand erhoben. Die Kaution ist am Anreisetag zu entrichten und wird am Abreisetag zurückerstattet.

### Kinder- und Jugendlichenprechstunde

Es besteht die Möglichkeit, sich in einer eigenen Sprechstunde vorab über den Aufenthalt zu informieren und deine Fragen stellen zu können.

Telefon: 02921 – 9600-27 montags in der Zeit von 14.30 Uhr bis 16 Uhr

### Koffer packen

Handtücher und Bettwäsche werden vom Haus gestellt.

→ siehe auch **Koffercheckliste und Handtücher**

## M

### Medien

Wir haben in unserer Klinik ein stringentes Medienkonzept. Das bedeutet, dass die Nutzung von Handys, Tablets etc. für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren ausschließlich im Patientenzimmer erlaubt ist. Wir möchten dich daher bitten, darauf zu achten, dass du deinen Medienkonsum anpasst, da deine Mitpatient\*innen evtl. Probleme mit Mediennutzung haben. Bitte bedenke auch, dass du eine gewisse Vorbildfunktion erfüllen könntest.

### **- Laptops/Tablets**

Der Laptop/das Tablet darf nur für schulische Zwecke in den festgelegten Zeiten genutzt werden. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Laptops/Tablets auf eigene Gefahr mitgebracht werden. Bei Verlust und/oder Beschädigung übernimmt die Klinik keine Haftung. Unsere Schule hat die Möglichkeit, Tablets für den Unterricht zur Verfügung zu stellen.

Bei Nutzung außerhalb der schulischen Zeiten für nicht schulische Zwecke ist die Klinik berechtigt, Konsequenzen auszusprechen.

### **- Facebook, Instagram, Twitter, Tiktok, WhatsApp etc.:**

Wir weisen darauf hin, dass wir als öffentliche Einrichtung den Jugendschutz einhalten müssen. Das bedeutet, dass die Nutzung von Medien sowie Apps und alle Medieninhalte den Altersvorgaben entsprechen müssen und die Erziehungsberechtigten oder bei Volljährigkeit du selbst dafür verantwortlich bist. Die Klinik behält sich in Falle von Nutzung und Verbreitung von Dateien mit strafrechtlichem Inhalt (z.B. gewaltverherrlichend, pornografisch etc.) vor, die entsprechenden Konsequenzen zu ergreifen.

### **- TV:**

Fernsehen ist generell erst ab 16.00 Uhr möglich und richtet sich nach dem jüngsten Kind im Raum. FSK ist zu beachten (s.o.)

### - Spielkonsolen

Die Nutzung von eigenen Spielekonsolen ist ausschließlich im Patientenzimmer erlaubt. Die erlaubten Zeiten richten sich nach dem Regelwerk der jeweiligen Ebene.

Für Online Spiele muss beim privaten Anbieter ein entsprechendes Datenvolumen vorher Anreise gebucht werden. Beim Nutzen von Online Spielen ist die FSK zu beachten (s.o.)

Die Eigentümer sind eigenverantwortlich dafür zuständig, dass die Geräte im Schrank eingeschlossen sind und vor Diebstahl geschützt werden. Die Klinik haftet nicht bei Verlust und/oder Beschädigung.

### Medikamente

Solltest du bereits vor Antritt der Rehabilitation regelmäßig Medikamente einnehmen, lasse dir bitte von dem behandelnden Arzt eine für die Dauer der stationären Maßnahme ausreichende Menge Rezepte ausstellen. Sollten hierzu Unklarheiten bestehen oder weitere Fragen auftauchen, wende dich bitte an unseren Leitenden Arzt, Herrn Dr. Kaminski bzw. an unsere Oberärztin, Frau Mollenhauer (Tel. 02921/9600-15)

## P

### Patientenzimmer

Um die Privatsphäre jedes Einzelnen zu wahren, dürfen Besucher nur bei An- und Abreise mit auf die Ebenen bzw. auf die Patientenzimmer. Bitte melde dich immer an der Rezeption an, dann wird auf der jeweiligen Ebene Bescheid gegeben.

### Pakete

Pakete werden im Beisein der Mitarbeiter/innen geöffnet. Der Datenschutz wird aber weiterhin bewahrt.

## R

### Reisekostenerstattung

Die Reisekosten werden, mit Ausnahme der DRV Bund Berlin und DRV Westfalen, direkt mit dem Kostenträger abgerechnet. Für Patienten der DRV Bund Berlin und DRV Westfalen werden die Reisekosten, wenn von den Erziehungsberechtigten gewünscht, durch unsere Verwaltung in bar erstattet. Damit die Beträge rechtzeitig bereitgestellt werden können, bitten wir, **spätestens eine Kalenderwoche vor Abholung werktags von 8.30 Uhr bis 12.30 Uhr die Telefon-Nr. 02921 - 96000 anzurufen** und eine Anmeldung vorzunehmen.

Nicht rechtzeitig angemeldete Reisekosten können mit dem Kostenträger nach der Rehabilitation direkt abgerechnet werden.

## S

### Süßigkeiten

Süßigkeiten können mitgebracht werden. Diese werden im Dienstzimmer auf den Ebenen aufbewahrt. Aus Rücksicht anderer Patienten und aus hygienischen Gründen ist der Verzehr nicht im Zimmer gestattet.

### Sport

Für die Teilnahme am Sportprogramm ist das Tragen von Schuhen mit hellen Sohlen, Haargummis und Haarspangen bei Patienten mit langen Haaren erforderlich, Piercings und Ohringe sind aus Sicherheitsgründen herauszunehmen bzw. abzukleben. Denke bitte an eine Trinkflasche.

→ siehe auch Trinkflasche

### Schule

Bitte lege den Fragebogen der Schule nach Erhalt des Aufnahmetermins an der Heimatschule vor und lasse ihn dort ausfüllen.

## **T**

### Telefonzeiten

werden dir am Aufnahmetag mitgeteilt.

→ siehe auch Handy / Kontakt

### Terminvergabe in den Schulferienzeiten

Bedingt durch die öffentliche Trägerschaft unserer Schule, können wir während der Schulferienzeiten in Nordrhein-Westfalen keine schulische Förderung und keinen Unterricht anbieten.

### Trinkflasche

Bitte bringe eine auslaufsichere Trinkflasche mit. Diese kann auf den Ebenen mit Getränken befüllt werden und dann zu den Therapien usw. mitgenommen werden.

Denke bitte an eine wasserfeste Kennzeichnung mit Namen.

## **W**

### Wäsche

Die mitgebrachte Kleidung kann gegen Gebühr von 6,00 € pro Waschgang inkl. Trockner und Waschtab/-pulver hier im Haus gewaschen werden. Die Wäsche muss trocknergeeignet sein, da es uns nicht möglich ist „luftzutrocknen“.

→ siehe auch Allergien

Für den Verlust von Kleidung kann die Klinik keine Haftung übernehmen. Jugendliche ab 14 Jahren waschen gegen eine Gebühr von 6,00 € pro Waschgang inkl. Trockner ihre Wäsche selbst.

### Wertsachen

In jedem Kleiderschrank befindet sich ein kleiner abschließbarer Safe zur freien Verfügung. Für sämtliche mitgebrachten Wertsachen kann bei Verlust keine Haftung übernommen werden.

WLAN

WLAN steht den Kinder- und Jugendlichen nur in bestimmten Bereichen zur Verfügung.

**Solltest du aus zwingenden Gründen den Anreisetermin nicht wahrnehmen können, bitten wir, uns unverzüglich in Kenntnis zu setzen.**

Bei Fragen darfst du uns gern ansprechen!

**Das Team der Kinderfachklinik**





# **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**

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 (0292 1) 9600-0 Telefax: +49 (0292 1) 53438 E-Mail: <a href="mailto:info@kinderfachklinik.de">info@kinderfachklinik.de</a>
--	---

Fragen zum Datenschutz können Sie stellen an:

<b>Kinderfachklinik Bad Sassendorf GmbH</b> Wolfram Herbe, örtl. Beauftr. für den Datenschutz Lütgenweg 2 59505 Bad Sassendorf	Telefon: +49 (0292 1) 9600-0 Telefax: +49 (0292 1) 53438 E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@kinderfachklinik.de">datenschutz@kinderfachklinik.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.

Bei Fotoaufnahmen von Personen handelt es sich um die Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Sinne von § 4 Nr. 1 des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSGVO-EKD). Bei Aufnahme wird für die Patientenakte ein Digitalfoto erstellt, das Original darf/kann bei Abreise mitgenommen werden.

Daneben verarbeiten wir personenbezogene Daten zur Wahrung der folgenden berechtigten Interessen (§ 6 Nr. 4, 8 DSGVO-EKD): 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-EKD).

### **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-EKD)**

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 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-EKD.

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

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-EKD)**

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

- Gem. § 19 DSGVO-EKD 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 die betreffenden personenbezogenen 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.

## 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 der Sie betreffenden personenbezogenen 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.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient\*in ab 18 Jahre



# 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
- Haartrockner
- Taschentücher
- Schultasche
- Schulbücher
- Schreibutensilien
- Rucksack für Ausflüge
- Mütze oder Cap je nach Jahreszeit
- Nageletui mit Nagelschere
- Fahrradhelm, ggf. Reithelm
- Ordner für Unterlagen

### **Das Team der Kinderfachklinik**

# Fragebogen zur Behandlung (Volljährig)

Wir möchten dich bitten, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen (ggf. mit Hilfe deiner Eltern) und schon vor der stationären Aufnahme in der Kinderfachklinik Bad Sassendorf an uns zurück zu senden. Du kannst selbstverständlich zusätzliche Bemerkungen bei den einzelnen Fragen bzw. Antworten eintragen. Trifft eine Frage überhaupt nicht zu oder du kannst eine Frage nicht beantworten, lasse sie aus und fahre 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 dir.

Vielen Dank für deine Bemühungen!

## Allgemeine Angaben

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

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

Name Patient*in		
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 der/die Patient*in?		

**Entwicklung des Problems, der Problematik:**

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

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

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

**Fragen zu deiner Entwicklung**  
**(ggf. mit Hilfe der Eltern auszufüllen)**

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

**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 hattest du als Kind?	
Wurdest du als Kind bereits operiert?	
Hast du Allergien?	

Welche Medikamente nimmst du 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**

	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

Name	Alter	Geschlecht	Gesundheitsstatus

**Projekt Young Carer:**

Gehörst du zu den „Young Carer“, d.h. versorgst/pflegst du zu Hause ein Familienmitglied oder hilfst es bei der Versorgung/Pflege täglich mit?  ja  nein

**Fragen zu deiner Lebenssituation und deiner Familie**

Ich lebe 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 lebst du gemeinsam im Haushalt? \_\_\_\_\_

Bei Trennung: Wie oft hast du Kontakt zum anderen Elternteil? \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Bezugspersonen für dich? \_\_\_\_\_

**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**Hast du Freunde?  ja  nein  älter  jünger  gleichaltrig

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

Hast du Hobbies?

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

Bist du in einem Verein?

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

Hast du schon mal Zigaretten, Alkohol oder Drogen konsumiert?

---



---

**Fragen zu Kindergarten, Schule, Ausbildung**

Hast du einen Kindergarten, eine Tagesstätte, eine Krippe oder einen Hort besucht?

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

Wie waren das Verhalten und die Entwicklung damals?

---



---



---

Hast du eine Vorschule besucht?

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

### Schullaufbahn einschließlich Einschulung und Schulwechsel

Schulform	von - bis	Klassenstufe beim Schulwechsel

Hast du bereits Klassen wiederholt?

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

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

Machst du deine Hausaufgaben?

selbständig?

gar nicht?

mit Hilfe?

Aktueller Notenstand:

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

Kopfnoten:

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

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

Bist du z.Zt. in einer Ausbildung?

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

nein

Gehst du 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 hattest du im letzten Schuljahr? \_\_\_\_\_ Tage

### **Fragen zu Zielen und Erwartungen**

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

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

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

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

Vielen Dank für Ihre / Deine Mühe!



## VK 14.2.1 Einverständnis Schwimmen (Volljährig)

---

### **Einverständniserklärungen**

Liebe\*r Patient\*in,

Du hast dich bei uns zur stationären Therapie in der Kinderfachklinik Bad Sassendorf angemeldet.

Aus versicherungstechnischen Gründen benötigen wir für folgende Punkte (1-9) dein Einverständnis. Bitte kreuze Zutreffendes an.

Name: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

#### **1. Bist du....**

Schwimmer                      oder                       Nichtschwimmer

*Falls Schwimmer: Hast du ein Schwimmbzeichen? Welches?*

\_\_\_\_\_

#### **2. Kannst du Fahrrad fahren?**

Ja                                       Nein

#### **3. Hast du einen Fahrradführerschein gemacht und möchtest in kleinen Gruppen an einer betreuten Radtour teilnehmen (Helmpflicht!)?**

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 Patient\*in



# **Kinderfachklinik Bad Sassendorf**

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

## **Berufsberatung**

Liebe\*r Patient\*in,

im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation ist für Jugendliche auch immer eine berufliche Orientierung vorgesehen. Dies bedeutet, dass wir für unsere Patient\*innen gemeinsam mit dem Arbeitsamt berufsberatende Maßnahmen planen und durchführen. Dies erfordert jedoch, dass wir dem Arbeitsamt deine spezifische Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Schulform und ggf. bisherige Kontakte zum Arbeitsamt) mitteilen müssen. Falls sich aus der Beratung weitere Möglichkeiten oder Notwendigkeiten für berufsberatende Maßnahmen abzeichnen, bittet das Arbeitsamt darum, diese Daten an dein Heimatsarbeitsamt übermitteln zu dürfen. Hierzu gibst du mit deiner Unterschrift die Erlaubnis.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient\*in



# Kinderfachklinik Bad Sassendorf

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

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

## **E i n v e r s t ä n d n i s e r k l ä r u n g**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die

Kinderfachklinik Sassendorf GmbH  
Lütgenweg 2  
59505 Bad Sassendorf

im erforderlichen Umfang, Behandlungsunterlagen, insbesondere Befundberichte von mir

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

wohnhaft:

\_\_\_\_\_

einholt.

Insoweit entbinde ich die Ärzte und Kliniken von ihrer Schweigepflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient ab 18 Jahre





# **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 Patient\*in

**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**

**Informationsaustausch Schule**

## **E i n v e r s t ä n d n i s e r k l ä r u n g**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kinderfachklinik Bad Sassendorf im erforderlichen Umfang personenbezogene Daten und Informationen über mich mit der Schule an der Rosenau austauscht.

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in



# **Kinderfachklinik Bad Sassendorf**

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

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

Liebe Patient\*innen,

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 dein Einverständnis, dass du Kind an den tiergestützten Therapien / tiergestützten pädagogischen Angeboten teilnehmen darfst.

Hiermit stimme ich, \_\_\_\_\_ **(Namen bitte eintragen!)** der Teilnahme an tiergestützten Therapieeinheiten und tiergestützten Freizeit- und pädagogischen Angeboten unter entsprechender Aufsicht und Begleitung zu.

Ich habe

Reiterfahrung  ja  nein

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

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

Disziplin:  Englisch/Western  Voltigieren

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in



### 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!**



## 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!**



## 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 Rückantwort Schule

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

, den

An die  
Schule an der Rosenau  
Lütgenweg 2

59505 Bad Sassendorf

Schüler/in: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Klassenlehrer/in: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Integrative Beschulung:  ja  nein

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

**Masernschutzimpfung** wurde an der Stammschule überprüft:  ja  nein

Zugangsdaten für digitale Lernplattform: \_\_\_\_\_

**In der Heimatschule sind in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ folgende Lerninhalte vorgesehen:**

Deutsch:

Mathematik:

Englisch:

2. Fremdsprache:

Besonderheiten:

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

bei Bedarf bitte ein Zusatzblatt verwenden