



## **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. Das ärztliche Attest sollte maximal 1 Woche vor Anreise von einem Arzt ausgefüllt werden und kann zur Aufnahme mitgebracht werden. Bitte denken Sie daran, rechtzeitig einen Termin für das EKG/Laborwerte – falls diese benötigt werden (siehe Attest) – zu vereinbaren. Die Ergebnisse können zur Aufnahme mitgebracht werden.



## VK 20.1.1 A-Z Information (Volljährig)

---

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

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

Eine ausführliche Beschreibung dieser Themen finden Sie 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 Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten leiden, denken Sie bitte daran, uns darüber zu informieren und den Allergiepass mitzubringen! Sollten Sie spezielle Dinge wie z.B. Waschpulver bzw. Bettzeug benötigen, bringen Sie dies bitte mit. → siehe auch Essen

## B

### Bankverbindung:

Für alle finanziellen Transaktionen verwenden Sie 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 und alle gesetzlichen Feiertage.

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.

### Bettwäsche

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

## D

### Dokumente

Bitte denken Sie 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 Sie eine spezielle Kostform (vegetarisch, muslimisch, laktosefrei etc.) benötigen bzw. wünschen, informieren Sie uns bitte vor Aufnahme darüber.

## F

### Fernsehgeräte

dürfen nicht mitgebracht werden.

### Fahrräder

dürfen gerne mitgebracht werden. Bitte melden Sie vor Aufnahme an, wenn Sie ein Fahrrad mitbringen möchten. Auf unserem Gelände steht ein abschließbarer Fahrradunterstand zur Verfügung. Sie erhalten 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. Das Fahrrad muss verkehrssicher sein und es besteht Helmpflicht, daher bitte einen Fahrradhelm mitbringen.

## G

### Gelder

Bitte überweisen Sie 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 Sie Ihren Namen im Verwendungszweck angeben**, 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 Sie während des Aufenthaltes teilnehmen.

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 und außerhalb von Schule/Therapie gestattet

#### Hunde

Hunde sind auf dem gesamten Klinikgelände an der Leine zu führen. Ausnahmen gelten nur für unsere Therapiebegleithunde während der Therapieeinheiten. Bitte haben Sie 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 lassen Sie Ihren Hund auch nicht angebunden unbeaufsichtigt auf dem Klinikgelände.

#### Hygieneartikel

Bitte denken Sie 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 erhalten Sie 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.

### PatientInnen Sprechstunde

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

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 Sie daher bitten, darauf zu achten, dass Sie Ihren Medienkonsum anpassen, da Ihre Mitpatient\*innen evtl. Probleme mit Mediennutzung haben. Bitte bedenken Sie auch, dass Sie eine gewisse Vorbildfunktion erfüllen könnten.

#### **- 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 Sie selbst dafür verantwortlich sind. 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 und nach den Therapien möglich und richtet sich nach dem/der jüngsten Patienten/Patientin 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 vor der 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

Medikamente zur Behandlung von Krankheiten, die die Rehabilitation nicht betreffen, müssen in ausreichender Menge für die Dauer der Rehabilitation mitgebracht werden.

### P

#### Patientenzimmer

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

### 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 Ihnen 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 und Sportbekleidung sowie Haargummis und Haarspangen bei Patienten mit langen Haaren erforderlich, Piercings und Ohrringe sind aus Sicherheitsgründen herauszunehmen bzw. abzukleben. Denken Sie bitte an eine Trinkflasche.

→ siehe auch Trinkflasche

#### Schule

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

#### 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 bringen Sie eine auslaufsichere Trinkflasche mit. Diese kann auf den Ebenen mit Getränken befüllt werden und dann zu den Therapien usw. mitgenommen werden.

Denken Sie 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“. Für die Wäsche wird ein Wäschenetz benötigt.

→ siehe auch Allergien

Für den Verlust und/oder Beschädigung von Kleidung kann die Klinik keine Haftung übernehmen.

### 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 PatientInnen nur in bestimmten Bereichen zur Verfügung.

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

Bei Fragen dürfen Sie 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 sowie Verpflichtungserklärung zur Einhaltung des Datenschutzes**

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

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

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

Fragen zum Datenschutz können Sie stellen an:

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

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

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

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



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

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 (DSG-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 DSG-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 DSG-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 DSG-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 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 DSG-EKD.

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

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

- Gem. § 19 DSG-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 DSG-EKD haben Sie das Recht auf Berichtigung. Das bedeutet, Sie können von uns die Berichtigung sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten verlangen.

- Gem. § 21 DSGVO haben Sie das Recht auf Löschung. Das bedeutet, Sie können von uns verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden – es sei denn wir können Ihre Daten nicht löschen, weil wir z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten beachten müssen.
- Gem. § 22 DSGVO haben Sie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung. Das bedeutet, wir dürfen Ihre 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 (Kontaktdaten siehe oben).

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

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

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

\_\_\_\_\_

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  
(nur Roll On Deo)
- Haartrockner
- Taschentücher
- Schultasche
- Schulbücher
- Schreibutensilien
- Rucksack für Ausflüge
- Mütze oder Cap je nach  
Jahreszeit
- Nageletui mit Nagelschere
- Fahrradhelm, ggf. Reithelm
- Wäschenetz

### Das Team der Kinderfachklinik

## Ärztliches Attest

Der/Die Patient\*in \_\_\_\_\_,  
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 PatientInnen, die aufgrund ihrer Adipositas behandelt werden sollen, 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

## Fragebogen zur Behandlung (Volljährig)

Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und schon vor der stationären Aufnahme 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 Sie können eine Frage nicht beantworten, lassen Sie sie aus und fahren mit der nächsten fort.

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

Vielen Dank für deine Bemühungen!

### Allgemeine Angaben

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

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

Name Patient*in		
Adresse		
Geburtsdatum/-ort		
Nationalität/Konfession		

Name einer Kontaktperson		
Adresse der Kontaktperson		
Tel.Nr. der Kontaktperson		

**Entwicklung des Problems, der Problematik:**

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

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

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

**Fragen zu Ihrer Entwicklung**

(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 lernten Sie laufen?	
Wann war die Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen?	
Wann lernten Sie sprechen?      Erste Worte	
Erste Sätze	
Bekamen Sie Frühförderung, Ergotherapie, Logopädie oder Krankengymnastik? Wenn ja, wann und wie lange?	



**Gesundheitliche Entwicklung**

	Alter
Gibt es besondere Vorerkrankungen?	
Wurden Sie bereits operiert?	
Haben Sie Allergien?	

Welche Medikamente nehmen Sie 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:**

Gehören Sie zu den „Young Carer“, d.h. versorgen / pflegen Sie zu Hause ein Familienmitglied oder helfen Sie bei der Versorgung/Pflege täglich mit?  ja  nein

**Fragen zu Ihrer Lebenssituation und Ihrer Familie**

Ich lebe in  Ursprungsfamilie seit: \_\_\_\_\_  
 Adoptivfamilie seit: \_\_\_\_\_  
 Pflegefamilie seit: \_\_\_\_\_  
 Einrichtung der Jugendhilfe seit: \_\_\_\_\_  
 Eigene Wohnung seit: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges seit: \_\_\_\_\_

Mit wem leben Sie gemeinsam im Haushalt? \_\_\_\_\_

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

**Fragen zur Freizeitgestaltung**

Haben Sie Freunde?  ja  nein  älter  jünger  gleichaltrig

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

Haben Sie Hobbies?

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

nein

Sind Sie in einem Verein?

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

nein

### **Fragen zu Kindergarten, Schule, Ausbildung**

Haben Sie einen Kindergarten, eine Tagesstätte, eine Krippe oder einen Hort besucht?

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

nein

Wie waren das Verhalten und die Entwicklung damals?

---



---



---

Haben Sie eine Vorschule besucht?

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

nein

### **Schullaufbahn einschließlich Einschulung und Schulwechsel**

Schulform	von - bis	Klassenstufe beim Schulwechsel

Haben Sie bereits Klassen wiederholt?

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

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

Aktueller Notenstand:

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

Kopfnoten:

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

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

Sind Sie z.Zt. in einer Ausbildung?  ja

In welchem Beruf: \_\_\_\_\_

nein

Sind Sie berufstätig?  ja  nein

Wenn ja: In welchem Beruf arbeiten Sie: \_\_\_\_\_

In welchem Umfang arbeiten Sie: \_\_\_\_\_

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

Welche Ziele und Erwartungen haben Sie (bitte vom Patienten auszufüllen)?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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**

**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**

**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 über mich mit der uns angegliederten Klinikschule - Schule an der Rosenau - austauscht.

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

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
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!**



# SCHULE AN DER ROSENAU

**öffentliche Schule für die Kinderfachklinik Bad Sassendorf**

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

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

## Angaben zur Beschulung

(auszufüllen von den Eltern/ Erziehungsberechtigten)

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

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

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

Nationalität: \_\_\_\_\_

### Schulgottesdienste:

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

### Unter 14 Jahren:

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

### Ab 14 Jahren:

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

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

### Einverständniserklärung

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

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

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

**Danke!**



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

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

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

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

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

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

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

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

Außerdem sollte Ihr Kind mitbringen:

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

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

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

**Vielen Dank!**

Mit freundlichen Grüßen

Heike Schmidt, Schulleiterin



# SCHULE AN DER ROSENAU

**öffentliche Schule für die Kinderfachklinik Bad Sassendorf**

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

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

## Anschreiben an die Heimatschule

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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

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

Klinikaufenthaltes unsere Schule besuchen.

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

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

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

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

Es gilt die Ferienordnung des Landes NRW.

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

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

### ❖ Antwortbogen Schule

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

Ferner bieten wir Instrumentalunterricht und die Teilnahme am Chor an.

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

**Für Ihre Mithilfe herzlichen Dank!**

gez. Heike Schmidt, Schulleiterin

# Rückantwortbogen: Heimatschule

(Auszufüllen von der Heimatschule)

VK 20.2.1

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

An die  
Schule an der Rosenau  
Lütgenweg 2  
59505 Bad Sassendorf

## Allgemeine Angaben:

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

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

Liegt ein sonderpädagogischer Förderschwerpunkt vor?

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

Masernschutzimpfung wurde an der Stammschule überprüft:  ja  nein

## Angaben zum Unterricht/ zu Lerninhalten

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

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

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

Mathematik: (s.o.)

Englisch: (s.o.)

2. Fremdsprache:

Bitte bei Bedarf Rückseite nutzen