EVANGELISCHES KRANKENHAUS DÜSSELDORF

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Klinik für Kinder und Jugendliche

Kindertagesklinik für Psychosomatik

Ärztliche Leiterin
Dr. Irina Stöcklin

Fürstenwall 91
40217 Düsseldorf

Sekretariat: Lucia Friske
Telefon 02 11 / 9 19 – 37 22
Telefax 02 11 / 9 19 – 39 76
E-Mail tk@evk-duesseldorf.de
Internet www.evk-duesseldorf.de

Einverständnisse/ Einwilligungen im Hinblick auf die Teilnahme am Therapieprogramm der KTK

Name:
geb:

1. Einverständniserklärung teilstationäre Behandlung

Datum:

Ich/wir sind mit einer teilstationären Behandlung meines/unseres Kindes einverstanden und gestatten - sofern im Rahmen der Behandlung erforderlich und von der/dem Patientin/-en gewünscht - die Einbeziehung neuer Lebenspartner in den therapeutischen Prozess.

Ich/wir wurde/n darüber aufgeklärt, welche Erkrankung vorliegt, wie die Prognose ist, welche geeigneten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung stehen (Alternativen), welche Therapie vorgeschlagen wurde und was die erforderlichen Maßnahmen bzw. möglichen Risiken sind.

Des Weiteren wurde/n ich/wir ausführlich über das Setting der tagesklinischen Behandlung (Zeiten, Programm, Gruppen, Klinikschule) Art und Umfang der therapeutischen Kontakte (ET/FT/GT/MFT) sowie zu erwartende Folgen, Dringlichkeit, Erfolgsaussichten der Maßnahmen informiert.

Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

_____
Unterschrift Mutter

_____
Unterschrift Vater

_____
Unterschrift des Kindes (≥ 14 Jahre)

Liegt **gemeinsames Sorgerecht** vor, ist das Einverständnis auch des jeweils anderen Elternteils erforderlich.

Liegt **alleiniges Sorgerecht** vor, ist dies folgend schriftlich zu bestätigen.
Ich verfüge über **das alleinige Sorgerecht** für o.g. Kind gemäß Scheidungs- /Sorgerechtsurteil vom _____ bzw. weil eine gesonderte Sorgerechtserklärung nicht abgegeben wurde.

_____
Unterschrift des alleinigen Sorgeberechtigten

1a. Einverständniserklärungen zur Teilnahme am Therapieprogramm

Ausgang / Teilnahme an Außenaktivitäten / Wege

Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung werden immer wieder auch **Außenaktivitäten** durch die pädagogischen Mitarbeiter angeboten, dazu zählen Aktivitäten wie Fahrrad fahren, Inliner fahren, Eislaufen oder Schwimmen gehen.

Die Teilnahme am Straßenverkehr mit dem Fahrrad ist aus Sicherheitsgründen nur mit Helm und beim Inliner fahren mit zusätzlicher Schutzkleidung gestattet – ohne eine entsprechende Ausstattung kann Ihr Kind leider nicht bei der Aktivität mitmachen.

Auch für die Teilnahme am Eislaufen empfehlen wir Ihnen, Ihr Kind mit einem geeigneten Helm und Schutzkleidung (insbesondere Handschuhe) auszustatten. Bitte teilen Sie uns mit, in welcher Ausstattung Ihr Kind teilnehmen kann (mit / ohne Helm, mit / ohne Handschuhe).

Bzgl. möglicher **Schwimmbadbesuche** teilen Sie uns bitte mit, ob Ihr Kind besonderer Aufsicht bzw. Schwimmhilfen bedarf (bitte ankreuzen):

O Unser Kind darf das Schwimmbecken alleine aufsuchen und bedarf keiner besonderen Aufsicht.

O Unser Kind kann noch nicht ohne Begleitung eines Erwachsenen das Schwimmbecken aufsuchen und bedarf besonderer Aufsicht und/oder Schwimmhilfen.

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind im Rahmen der tagesklinischen Behandlung an Außenaktivitäten teilnehmen kann und erlauben, dass unser Kind wie folgt **Ausgang** erhalten kann:

(Bitte ankreuzen, der Therapeut gibt die Anordnung mit Datum und Unterschrift frei.)

Ausgangserlaubnis durch Eltern	**Anordnung Therapeut**	**ab dem**
O Ausgang nur in Begleitung Erwachsener		
O Ausgang alleine auf dem Spielhof und zu den Therapieräumen im Hause / kann alleine im Wartebereich der Funktionsabteilungen im Krankenhaus warten		
O Ausgang alleine / mit Mitpatienten außerhalb des Geländes / kann Wege alleine im Krankenhaus / zu den Funktionsabteilungen machen / kann Schulwege alleine machen		

1b. Video-/ Fotomaterial

Während der tagesklinischen Behandlung wird im Rahmen von Gruppenaktivitäten, sowie der therapeutischen Arbeit gelegentlich Foto-/ Videomaterial mit und von Patienten angefertigt.

Das Datenmaterial wird im internen Gebrauch zur Videoauswertung im Team bzw. mit der betreffenden Gruppe oder Familie, bzw. extern im Rahmen von Supervision, Fort- und Weiterbildung genutzt und nach Verwendung gelöscht.

Es ist nicht möglich, Datenmaterial, wie z.B. Aufnahmen von Weihnachtsfeiern für den häuslichen Gebrauch auszuleihen oder zu kopieren, noch selber bei Feierlichkeiten entsprechende Aufnahmen zu machen.

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie erlauben, dass Fotos und Videomaterial Ihrer Familie in dem geschützten Rahmen genutzt werden dürfen (bitte ankreuzen):

0 Wir sind mit dem oben erläuterten Umgang mit Video-/Fotomaterial einverstanden.

0 Wir sind mit dem oben erläuterten Umgang mit Video-/Fotomaterial nicht einverstanden.

1c. Handybenutzung in der Tagesklinik

Leider gab es in der Vergangenheit immer wieder Auseinandersetzungen über die Benutzung von Handys im Tagesklinikalltag, daher mussten wir entscheiden den Gebrauch von Handys in der Tagesklinik grundsätzlich zu untersagen.
Die Handys werden morgens um 7:45 Uhr den Pädagogen übergeben und um 16:00 Uhr wieder entgegen genommen.
Wir bitten Sie, diese Regelung mit Ihrem Kind zu besprechen.

Erklärung:

Wir haben die Vereinbarungen zur Kenntnis genommen, mit unserem Kind besprochen und erklären uns mit den getroffenen Absprachen einverstanden.
Uns ist bekannt, dass die vorliegenden Erklärungen einzeln oder insgesamt widerrufen werden können.

_____
Ort, Datum,

_____ _____ _____
Unterschrift Mutter Unterschrift Vater Unterschrift Kind ≥ 14 Jahre

 Name: _____

1d. Teilnahme an der Mehrfamilienarbeit (MFT):

Ziel der Arbeit mit mehreren Familien oder auch Mehrfamilienarbeit ist es, im Austausch mit anderen, die auch Probleme haben, neue Lösungen auszuprobieren und sich zu trauen, etwas anders zu machen als vorher. Da alle „im selben Boot" sitzen, ist die Befürchtung, Andere könnten „Schlaumeiern", lachen oder das Gefühl geben, nichts geregelt zu kriegen, meist weniger ausgeprägt, Familien können sich von anderen betroffenen Familien viel eher etwas sagen lassen. Die meisten stellen fest, dass, obwohl man für die eigene Situation nicht immer eine Lösung parat hat, man anderen wertvolle Tipps geben kann.

In den gemeinsamen Sitzungen gelten dieselben Regeln wie für familientherapeutische Sitzungen. Es herrscht Schweigepflicht, d.h. für die Therapeuten gilt: Themen werden nicht ohne Erlaubnis außerhalb des therapeutischen Settings besprochen, für die Familie gilt: Themen Anderer werden nicht mit unbeteiligten Anderen besprochen.

Wir gestalten die Sitzung als halb offene Gruppe, d.h. wir treffen uns alle zwei bis drei Wochen zu festen Terminen in derselben Besetzung. Scheidet eine Familie aus, weil die Behandlung abgeschlossen ist, wird diese mit allen Ehren verabschiedet und eine neue Familie kann nachrücken.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Familienarbeit wären akute Erkrankungen oder auch Situationen, in denen jemand zum Beispiel durch Tabletten oder Alkohol so beeinträchtigt ist, dass er von der Teilnahme nicht profitieren würde.

Wir begleiten die Sitzungen in der Regel mit Videoaufnahmen, d.h. die Kamera zeichnet Sequenzen der Sitzung auf. Das hilft uns, den Überblick zu behalten und in der Nachbearbeitung Situationen noch einmal zu vergegenwärtigen. Und es hilft Ihnen, weil wir es im Sinne von Videofeedback mit Ihnen zu Nachbesprechungen nutzen können. Außerdem hilft es dabei den Qualitätsstandard zu sichern. Wir können so die Sitzungen auch durch in der Mehrfamilientherapie besonders erfahrene Fachkollegen supervidieren, d.h. mitbetrachten und auswerten lassen und ggf. im Rahmen unserer Weiterbildung zu diesem Thema nutzen.
Bezüglich der Durchführung der Sitzung ist uns wichtig, dass Sie regelmäßig und pünktlich kommen, ggf. können im weiteren Verlauf der Sitzungen auch Geschwisterkinder und andere wichtige Erziehungspersonen an den Sitzungen teilnehmen. Darüber muss aber im Vorfeld mit uns beraten werden. Innerhalb der Sitzungen sind Sie als Eltern erzieherisch für Ihre Kinder verantwortlich, d.h. wir würden Sie bitten, diese, wenn erforderlich entsprechend zu regulieren. Sollten Sie Rückmeldungen oder Fragen haben, kommen Sie gerne jederzeit auf uns zu oder sprechen Themen auch in dem wie gewohnt stattfindenden tagesklinischen Rahmen an.
Wir unsererseits werden die Kollegen, so weit erforderlich, über unseren Prozess hier informieren.

Erklärung:
Ich/Wir erkläre(n) mich/uns mit den Rahmenbedingungen der Mehrfamilienarbeit einverstanden.

Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

_____
Ort, Datum,

_____ _____ _____
Unterschrift Mutter Unterschrift Vater Unterschrift Kind ≥ 14 Jahre

2. Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter der Kindertagesklinik von der Schweigepflicht gegenüber den benannten Personen und bin mit dem gegenseitigen Austausch von mündlichen Informationen oder per Post/Fax bzw. gesichertem elektronischen Austausch einverstanden.

Bitte Ansprechpartner benennen:

Ärzte:

Therapeuten:

Beratungsstellen/Jugendamt:

Schule:

Sonstige:

Ich bin/ wir sind darauf hingewiesen worden, dass im Rahmen der Kooperation innerhalb der Klinik gegenüber den Mitarbeitern der Kinderklinik, anderer Abteilungen des Krankenhauses, sofern erforderlich (z.B. EKG, EEG etc.) sowie in Kooperation mit der Klinikschule ein fachlicher Austausch erforderlich ist.

Dies bedarf ebenfalls einer Entbindung von der Schweigepflicht, die im u.g. Rahmen erteilt wird.

Bei privat versicherten Patienten obliegen die Regelungen der Kostenübernahme dem Versicherungsnehmer. Bitte erkundigen Sie sich ggf. bei Ihrer Krankenversicherung über die Modalitäten. Falls erforderlich, werden Arztberichte zu Händen der Eltern erstellt.

Erklärung:
Ich/wir sind mit einer Datenweitergabe im vorgenannten Rahmen einverstanden und entbinden die Klinik hiermit von der Schweigepflicht.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir die Einwilligung jederzeit widerrufen darf/dürfen.

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird dabei nicht berührt. Der Widerruf muss gegenüber dem Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf erklärt werden.

_____
Ort, Datum

_____ _____ _____
Unterschrift Mutter | Unterschrift Vater | Unterschrift Kind ≥ 14 Jahre

 Name: _____

3. Datenschutzinformationen / Erklärungen:

Ich bin/ wir sind darüber aufgeklärt worden, dass die Behandlungsdokumentation/Berichte auch Angaben zu den Einzel-/ Familien-/Elterngesprächen umfassen. Diese Angaben werden in der Akte der Patienten gespeichert und verarbeitet.

Ich bin/wir sind mit einer Speicherung und Verarbeitung eigener Daten in der Patientenakte des Kindes einverstanden.

_____
Unterschrift Mutter

_____
Unterschrift Vater

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass diese Angaben unserem Kind nach Erreichen der Volljährigkeit auf Anfrage im Rahmen einer Einsichtnahme in die Patientenakte zugänglich gemacht werden können.

_____
Unterschrift Mutter

_____
Unterschrift Vater

Ich bin damit einverstanden, dass bis zum Erreichen der Volljährigkeit meine Eltern Behandlungsberichte bzw. -dokumentation abfragen dürfen und erteile hiermit die Erlaubnis zur Datenweitergabe.

_____
Unterschrift des Kindes (≥ 14 Jahre)

Uns ist bekannt, dass die vorliegenden Erklärungen einzeln oder insgesamt schriftlich widerrufen werden können.

_____
Ort, Datum

_____ _____ _____
Unterschrift Mutter | Unterschrift Vater | Unterschrift Kind ≥ 14 Jahre