

Checkliste für Aufnahmeformulare

Aufnahmeformulare:

- ☐ Von allen Sorgeberechtigten unterschrieben
- ☐ Nur von einem Sorgeberechtigten unterschrieben
- ☐ Keine Sorgeberechtigten erreichbar

§ 1631b BGB Antrag:

- ☐ Nein
- ☐ Von allen Sorgeberechtigten unterschrieben
- ☐ Nur von einem Sorgeberechtigten unterschrieben
- ☐ Ans Gericht gefaxt: Stellungnahme / Antrag
- ☐ Zur Unterschrift mitgegeben / zugefaxt / zugemailt
- ☐ an: Sorgeberechtigte / JA / Betreuer
- ☐ Keine Sorgeberechtigte erreichbar

Raucherlaubnis:

- ☐ Von allen Sorgeberechtigten unterschrieben
- ☐ Nur von einem Sorgeberechtigten unterschrieben
- ☐ Zur Unterschrift mitgegeben
- ☐ Keine Sorgeberechtigten erreichbar

Sonstiges:

Behandlungsvertrag

zwischen:

,	A-Nr.
,	A-Dat.
EA	HA
KK	Station

und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Träger der LWL-Klinik über die vollstationäre / teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB der LWL-Klinik und Zentren des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster vom 01.07.1997 niedergelegten Bedingungen.

Hinweis:

Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorgelegt wird oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist ganz bzw. teilweise als Selbstzahler / in zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistung verpflichtet.

1. Sorgeberechtigter**2. Sorgeberechtigter**

Unterschrift (Krankenhaus)**Bestätigung**

Auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen vom 01.07.1997 bin ich hingewiesen worden. Ich habe sie zur Kenntnis genommen. Die Unterrichtung gem. § 14 BPfIV über die Höhe und den Umfang der Krankenhausleistungen ist erfolgt. Den Hinweis auf die Datenverarbeitung habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.

1. Sorgeberechtigter**2. Sorgeberechtigter**

Unterschrift (Krankenhaus)**Ich bin einziger Sorgeberechtigter:**☐

Unterschrift des Sorgeberechtigten**Für den Fall, dass nur ein Sorgeberechtigter zugegen ist:****Ich handle im Einvernehmen mit dem zweiten Sorgeberechtigten, es handelt sich um:**

Adresse:

Unterschrift des 1. Sorgeberechtigten**LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg
Postfach 1151 · 34418 Marsberg
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg
Sparkasse Paderborn Detmold
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770
BIC: WELADE3LXXX



Einverständniserklärung

Als sorgeberechtigte/r Eltern/Vormund sind/bin wir/ich damit einverstanden, dass mein Kind/Mündel

,	A-Nr
,	A-Dat.
EA	HA
KK	Station

folgende Aktivitäten ausüben kann: (nicht Zutreffendes bitte streichen!)

- Mit dem Fahrrad, Inline-Skates, Skateboard, Kett-Car o. Ä. auf dem Klinikgelände fahren.
- Mit dem Fahrrad außerhalb des Klinikgeländes fahren (bestandene Fahrradprüfung ist Voraussetzung).
- Schlittschuh laufen als Gruppenaktivität
- Mit der Gruppe in Begleitung ins Schwimmbad gehen (Voraussetzung: „Seepferdchen“).
- Ohne Begleitung ins Schwimmbad gehen (Voraussetzung: mind. „Bronze“).
- An der Reittherapie nach ärztlicher Anordnung teilnehmen.

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten /Vormund

Wir als sorgeberechtigte Eltern / Vormund sind damit einverstanden, dass mein Kind bei entsprechender Indikation mit einem in der Erprobung befindlichen Gerät **zur Diagnostik von ADHS** (‘Aktometer’) untersucht wird und die hierbei erhobenen Daten der kooperierenden Herstellerfirma in streng anonymisierter Form für die weitere Entwicklung des Systems zur Verfügung gestellt werden.

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten /Vormund

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass mein Kind/Mündel im Notfall ein notwendiges Medikament erhalten darf. Hierüber werden wir zeitnah informiert. Eine planmäßige medikamentöse Behandlung bedarf einer medizinischen Aufklärung durch den zuständigen Arzt und meines/unseres Einverständnisses.

Sind Allergien bekannt? Nein / Ja

Wenn ja, welche? _____

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten /Vormund

LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg
Postfach 1151 · 34418 Marsberg
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg
Sparkasse Paderborn Detmold
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770•
BIC: WELADE3LXXX



Entbindung von der Schweigepflicht

,	A.-Nr.
,	A-Dat
EA	HA
KK	Station

Ich bin einverstanden, dass

von folgend genannten Stellen (Ärzte, Therapeuten, Lehrer etc.) Informationen (z. B. Arztbriefe, Therapie- oder Schulberichte) **an die LWL-Klinik Marsberg**, Kinder- und Jugendpsychiatrie, weitergegeben werden:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

aus der LWL-Klinik Marsberg, Kinder- und Jugendpsychiatrie dürfen Informationen weitergeben an:

1. die unter Ziffer _____ genannte(n) Stelle(n)

2.

Marsberg, den .

.....
Unterschrift des / der Sorgeberechtigten.....
Unterschrift der / des Jugendlichen (>14 Jahre)**LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.
Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg
Postfach 1151 · 34418 Marsberg
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg
Sparkasse Paderborn Detmold
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770•
BIC: WELADE3LXXX



•	A.-Nr.
•	A-Dat
EA	HA
KK	Station

Über folgende Medikamente wurden wir bereits ausführlich aufgeklärt und benötigen keine erneute Aufklärung:

Bitte nennen Sie den Medikamentennamen, das Jahr und den Arzt der Aufklärung

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Medikament	Jahr	Arzt oder Institution

Mit der weiteren Gabe sind wir einverstanden

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Datum

Unterschrift Patient/in

Mitteilung

Barbetrag (Taschengeld)

Eltern / Vormund / Betreuer

Marsberg, 1. Januar 2013

Ihr Kind / Mündel verfügt hier über keine Barmittel, aus denen kleinere persönliche Bedürfnisse bestritten werden können.

Es darf darauf hingewiesen werden, dass den übrigen Patienten Geldbeträge zur Verfügung stehen, mit denen sie sich kleinere Dinge kaufen können.

Den für ihr Kind / Mündel zustehenden monatlichen Betrag (Taschengeld) entnehmen Sie bitte der unteren Tabelle.

Bitte überweisen Sie entsprechende Beträge auf das unten angegebene Konto mit Angabe des Verwendungszwecks bzw. übergeben Sie das Geld bei Ihrem nächsten Besuch dem Pflegepersonal der Station.

Stufe	Lebensalter	Betrag Euro
1	Beginn 5. Lebensjahr bis Ende 6. Lebensjahr (4-5 Jahre)	4,50 €
2	im 7. Lebensjahr (6 Jahre)	9,00 €
3	im 8. Lebensjahr (7 Jahre)	13,20 €
4	im 9. Lebensjahr (8 Jahre)	18,00 €
5	Beginn 10. Lebensjahr bis Ende Lebensjahr (9 und 10 Jahre)	22,80 €
6	im 12. Lebensjahr (11 Jahre)	26,90 €
7	im 13. Lebensjahr (12 Jahre)	31,50 €
8	im 14. Lebensjahr (13 Jahre)	35,80 €
9	im 15. Lebensjahr (14 Jahre)	44,50 €
10	im 16. Lebensjahr (15 Jahre)	48,80 €
11	im 17. Lebensjahr (16 Jahre)	57,90 €
12	im 18. Lebensjahr (17 Jahre)	62,70 €
	ab Beginn des 19. Lebensjahr	103,14€

Die Handykaution von 20,00€ kann auch auf das untenstehende Konto überwiesen werden.

LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.

Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg

Postfach 1151 · 34418 Marsberg

Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)

Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg

Sparkasse Paderborn Detmold

IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770•

BIC: WELADE3LXXX



**Schweigepflicht, Informationsweitergabe,
Foto / Video**

,	A-Nr.
,	A-Dat.
EA	HA
KK	Station

	Ja	Nein
Informationen / Epikrise dürfen an den Hausarzt, Facharzt (Kinder- und Jugendpsychiatrie/Institutsambulanz) und Ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut weitergegeben werden (Adressen im KIS hinterlegt). Bitte hier auch Vorbehandler eintragen (als Hinweis).	☐	☐
Behandlungsinformationen dürfen zur Fallprüfung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weitergegeben werden, falls die Krankenkasse dies anfordert. Der MDK unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.	☐	☐
Informationen / Epikrise dürfen mit dem zuständigen Jugendamt (Adresse in KIS hinterlegt) ausgetauscht werden	☐	☐
Informationen dürfen zwischen Klinik und Heimatschule ausgetauscht werden (Adresse in KIS hinterlegt)	☐	☐
Informationen dürfen zwischen Klinik und Klinikschule ausgetauscht werden	☐	☐
Wir sind einverstanden, dass von unserem Kind / Mündel Videoaufzeichnungen gemacht werden, diese dürfen:	☐	☐
➤ von der Familie im therapeutischen Kontext aufgezeichnet werden.	☐	☐
➤ im Behandlungsteam gezeigt werden.	☐	☐
➤ Therapeuten in externen, unter Schweigepflicht stehenden, Gruppen zu Therapie-Kontrollzwecken zeigen (z.B. Supervision).	☐	☐
In der Einrichtung entstandene Fotos unseres Kindes / Mündels dürfen auf der Station zu Erinnerungszwecken sichtbar sein.	☐	☐
Es darf ein Informationsaustausch zwischen den Ambulanzen und Tageskliniken in unserem eigenen Zuständigkeitsbereich stattfinden (Marsberg, Paderborn, Meschede, Höxter).	☐	☐

Sorgeberechtigte:

,

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten /Vormund**Unterschrift Jugendliche/r ab 14. Lebensjahr****LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen**

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut.

Standort: Bredelarer Straße 33 · 34431 Marsberg
Postfach 1151 · 34418 Marsberg
Weist 45 · 34431 Marsberg (Paketanlieferung)
Telefon: 02992 601-4000 · Internet: www.lwl-jugendpsychiatrie-marsberg.de

Konto der LWL-Klinik Marsberg
Sparkasse Paderborn Detmold
IBAN: DE52 476 501 3000 6000 7770 •
BIC: WELADE3LXXX

