

Anmeldebogen zur ambulanten Behandlung/Diagnostik (Bereich: Erwachsene)

Reguläre Sprechstunde:

PIA am BHZ

Spezial-Sprechstunde:

Gedächtnissprechstunde (mit Störung der Intelligenzsentwicklung)

Autismus-Ambulanz (mit Störung der Intelligenzsentwicklung)

FASD-Ambulanz

Datum der Anmeldung: _____

Liebe Kollegen und Kolleginnen, liebe Angehörige,

bitte füllen Sie die Textfelder gut lesbar in Druckbuchstaben aus! Bitte haben Sie

Verständnis, dass wir **ausschließlich vollständig ausgefüllte Anmeldeunterlagen** bearbeiten können.

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**
Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Behandlungszentrum (BHZ) für
psychische Gesundheit bei
Entwicklungsstörungen**
Psychiatrische Institutsambulanz
(PIA am BHZ)
Chefarzt Dr. med. Björn Kruse

Rücksendung Ihrer Unterlagen:

Sekretariat: Janin Wendt
per Fax: 030 54 72 29 96 71
per E-Mail: ja.wendt@keh-berlin.de
per Post: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth
Herzberge gGmbH
PIA am BHZ, Haus 11
Herzbergstraße 79
10367 Berlin

Befinden Sie sich momentan in einer der nachfolgenden Einrichtungen oder in Behandlung/Therapie?

- Medizinisches Zentrum für Menschen mit Behinderungen (MZEB) nein ja
- psychiatrische Praxis nein ja
- psychologische Praxis nein ja

→ Falls Sie etwas mit JA beantwortet haben, füllen Sie bitte unbedingt das Formular „gleichzeitige Behandlung“ aus!

Patientendaten (m/w/d)

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers Staatsangehörigkeit: _____

Größe in cm : _____ Gewicht in kg: _____ Krankenkasse: _____

Grad der Störung der Intelligenzsentwicklung

Lernbehinderung leichtgradig mittelgradig schwer schwerst keine Intelligenzminderung

→ Einstufung beruht auf: durchgeführter psychologischer Testung Einschätzung des Pflegeteams oder durch Angehörige

Seit wann besteht die Ursache der Behinderung?: Geburt frühe Kindheit Jugend

Bitte entscheiden Sie sich für je eine Angabe. Was ist für den Patienten charakteristisch?

Spricht nicht oder spricht max. 3-5 Wort-Sätze **ODER** Kann ausdrücken, was am Tag passiert/wie er sich fühlt

Sucht aktiv die Gesellschaft Gleichrangiger **ODER** Orientiert sich überwiegend an Betreuungspersonen

Was ist das gewünschte Behandlungsziel?

Grund der Anmeldung

- Abklärung möglicher somatischer Beschwerden Diagnostische Abklärung: _____
- Zunahme bekannter Verhaltensauffälligkeiten Auftreten neuartiger Verhaltensauffälligkeiten

→ Seit wann besteht dieses Verhalten insgesamt?: _____

→ Seit wann tritt dieses Verhalten verstärkt auf?: _____

Bitte beschreiben Sie Folgendes:

- aktuelle Symptomatik:

- das Problemverhalten:

- Auslöser:

- bisherige Lösungsversuche:

Art und Ausprägung aggressiver Handlungen (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sachaggression | <input type="checkbox"/> Autoaggression | <input type="checkbox"/> Fremdaggression |
| <input type="checkbox"/> Zerstören von Gegenständen | <input type="checkbox"/> oberflächliche Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> körperliche Bedrohungen |
| <input type="checkbox"/> Werfen von Gegenständen | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung mit tiefen Wunden | <input type="checkbox"/> körperliche Angriffe |
| <input type="checkbox"/> verbale Aggression | <input type="checkbox"/> sexuelle Annäherungen | <input type="checkbox"/> sexuelle Übergriffe |
- Frequenz und Anzahl aggressiver Handlungen: monatlich: _____ mal wöchentlich: _____ mal täglich: _____ mal

Bitte schildern Sie das drastischste Ereignis aggressiver Handlungen:

Gibt es besondere Ereignisse / Belastungen / Traumata im Laufe des Lebens?

→ Sollte der Platz für Ihre schriftlichen Angaben nicht ausreichen, fügen Sie bitte weitere Seiten hinzu.

Stammdatenblatt

Patientendaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**
Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Behandlungszentrum (BHZ) für
psychische Gesundheit bei
Entwicklungsstörungen**
Psychiatrische Institutsambulanz
(PIA am BHZ)
Chefarzt Dr. med. Björn Kruse

Rücksendung Ihrer Unterlagen:
Sekretariat: Janin Wendt
per Fax: 030 54 72 29 96 71
per E-Mail: ja.wendt@keh-berlin.de
per Post: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth
Herzberge gGmbH
PIA am BHZ, Haus 11
Herzbergstraße 79
10367 Berlin

Mit wem können wir Termine vereinbaren?

Frau Herr Nachname: _____ Vorname: _____

Bezug zum Patienten: _____

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): _____

Wohnsituation

betreute vollstationäre Einrichtung Elternhaus eigene Wohnung (beteut/BEW)
 eigene Wohnung (nicht betreut) teilbetreute WG, betreuter Zeitraum: _____

anderes: _____

ggf. Träger der Wohneinrichtung/BEW (Name): _____

Anschrift: _____

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): _____

Ist der Wohnplatz gefährdet? nein ja Wenn ja, zu wann: _____

Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

nein ja
→ falls ja, Bezug zum Patienten: Berufsbetreuung Verwandtschaftsverhältnis Sonstige: _____

Frau Herr Nachname: _____ Vorname: _____

ggf. Betreuungsbüro (Name): _____

Anschrift: _____

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): _____

Aufgabenkreis: Vermögensangelegenheiten Aufenthaltsbestimmung Wohnungsangelegenheiten

Gesundheitsfürsorge Post- und Fernmeldeangelegenheiten Vertretung ggü. Behörden, Versicherungen etc.

Arbeit / Tagesstruktur

Ausbildungs Reha-Maßnahme Werkstattbereich Förderbereich EU-Rentner interne Tagesstruktur

Seit wann?: _____

Ist der Arbeitsplatz gefährdet? nein ja

Träger (Name, Anschrift): _____

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): _____

Gruppenleitung (Name): _____

behandelnde Ärzte

→ Bitte geben Sie weitere Arztkontakte an und geben die vollständige Adresse an.

Psychiatrie: Frau Herr

Nachname: _____ Vorname: _____

Praxisname: _____

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): _____

Neurologie: Frau Herr

Nachname: _____ Vorname: _____

Praxisname: _____

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): _____

Hausärztlich: Frau Herr

Nachname: _____ Vorname: _____

Praxisname: _____

Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, andere): _____

Leistungen aus der Pflegekasse

nein ja, folgender Pflegegrad liegt vor: 1 2 3 4 5

Zusätzlich: Einstufung beantragt Umgruppierung beantragt, auf Pflegegrad: _____

Zusätzliches

(Blister-)Apotheke (Name): _____

Hauskrankenpflege (Name, Anschrift): _____

Anamnesebogen

Patientendaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**
Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Behandlungszentrum (BHZ) für
psychische Gesundheit bei
Entwicklungsstörungen**
Psychiatrische Institutsambulanz
(PIA am BHZ)
Chefarzt Dr. med. Björn Kruse

Rücksendung Ihrer Unterlagen:
Sekretariat: Janin Wendt
per Fax: 030 54 72 29 96 71
per E-Mail: ja.wendt@keh-berlin.de
per Post: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth
Herzberge gGmbH
PIA am BHZ, Haus 11
Herzbergstraße 79
10367 Berlin

Existieren juristische Verfahren aufgrund aggressiver Handlungen?

nein ja

→ falls ja, bitte Angabe: Jahr: _____ Grund: _____

Jahr: _____ Grund: _____

Gibt es körperliche Erkrankungen und Behinderungen / Mobilitätseinschränkungen / Sinneseinschränkungen?

letzte Tetanusimpfung am: _____

letzte zahnärztliche Vorstellung am: _____

Psychiatrische Erkrankungsanamnese

→ Befand sich der Patient bereits früher in ambulanter bzw. stationärer Behandlung?

nein ja Wenn ja, wann zuletzt: _____

Zeitraum

Institution (ambulant/stationär)

Diagnose

→ Bitte legen Sie vorherige Befunde / Arztberichte / Epikrisen bei.

Anlage 2: Anamnesebogen

Familienanamnese

→ Gibt es Erkrankungen innerhalb der Familie? Wenn ja, wer und welche Erkrankungen?

Aktuelles Leben

→ Bitte beschreiben Sie aktuelle Lebenssituationen:

- Ausbildung: _____
- Arbeit: _____
- Partnerschaft: _____
- Kinder: _____
- Wohnen: _____

Vergangenes Leben

→ Bitte beschreiben Sie vergangene Lebenssituationen:

- Heimaufenthalte: _____
- Schule: _____
- Wohnen: _____

Individuelle Angaben

- Schlaf: _____
- Persönliche Vorlieben/Abneigungen: _____
- Kulturtechniken: _____
- Sonstiges: _____

Aktuelle Medikation

→ Bitte legen Sie den aktuellen Medikationsplan bei.

→ Sollte der Platz für Ihre schriftlichen Angaben nicht ausreichen, fügen Sie bitte weitere Seiten hinzu.

Checkliste

Patientendaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**
Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Behandlungszentrum (BHZ) für
psychische Gesundheit bei
Entwicklungsstörungen**
Psychiatrische Institutsambulanz
(PIA am BHZ)
Chefarzt Dr. med. Björn Kruse

Rücksendung Ihrer Unterlagen:
Sekretariat: Janin Wendt
per Fax: 030 54 72 29 96 71
per E-Mail: ja.wendt@keh-berlin.de
per Post: Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth
Herzberge gGmbH
PIA am BHZ, Haus 11
Herzbergstraße 79
10367 Berlin

Haben Sie alle notwendigen Unterlagen zusammen? (bitte ankreuzen)

- vollständig ausgefüllter Anmeldebogen
- Anlage 1: Stammdatenblatt
- Anlage 2: Anamnesebogen
- Formular „PIA-Behandlung und gleichzeitige andere Therapie“ aufmerksam lesen und ggf. Unterschriften einholen
- Überweisungsschein (Achtung: Unterschiede beachten)
 - für Anmeldung Aufnahme in die Behandlung „PIA am BHZ“: Facharzt (m/w/d) der Psychiatrie oder Nervenarzt
 - für Anmeldung Diagnostik „Gedächtnissprechstunde“: Haus- oder Facharzt (m/w/d)
 - für Anmeldung Diagnostik „Autismus-Ambulanz“: Facharzt (m/w/d) der Psychiatrie oder Nervenarzt (ACHTUNG Ausnahme: Überweisungsschein vom Hausarzt ist ausreichend, WENN aus einer Epikrise der Psychiatrie hervorgeht, dass eine PIA-Behandlung ausdrücklich empfohlen wird.)
 - für Anmeldung Diagnostik „FASD-Ambulanz“: Haus- oder Facharzt (m/w/d)
- Wichtiger Hinweis zur Abgabe des Überweisungsscheins: Sollten Sie spätestens zum Aufnahmegeräusch (Erstkontakt vor Ort) ohne Überweisungsschein oder mit einem falsch ausgestellten Überweisungsschein erscheinen, kann der Termin leider nicht stattfinden und muss neu vereinbart werden.**
- ausgefüllte Fragebögen zur Erfassung des Problemverhaltens:
 - Modified Overt Aggression Scale (MOAS)
 - Disability Assessment Schedule (DAS)
 - Checkliste für abweichendes Verhalten (ABC)
- ausgefüllte und unterschriebene Datenschutz-/Einwilligungsformulare
 - Information und Zustimmung zur Kontaktaufnahme
 - Einwilligungserklärung Schweigepflichtentbindung
 - Einwilligungserklärung Video-, Bild- und Tonaufnahmen
 - Zusatz zu Demonstrationszwecken
- Kopie des Betreuungsausweises
- Epikrisen früherer Krankenhausaufenthalte, insbesondere in der Psychiatrie (auch Kinder- und Jugendpsychiatrie) in Kopie
- weiteres aussagekräftiges Schriftmaterial, welches von Bedeutung für die Behandlung/Diagnostik ist
- aktueller Medikationsplan
- für evtl. Rücksendung der Anmeldeunterlagen ausreichend frankierter und adressierter A4-Briefumschlag

MODIFIED OVERT AGGRESSION SCALE

Falls noch nicht geschehen der abweichend von Seite 1:

Name: _____ geb. am: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Beziehung zum Patienten: _____

Anleitung:

Bitte geben Sie an, welche der aggressiven Verhaltensweisen der Patient innerhalb der letzten Wochen gezeigt hat. **WICHTIG: Kreuzen Sie alle Antworten an, die zutreffen. Beispiel: Wenn jemand bösartig flucht und andere verbal bedroht, kreuzen Sie im Bereich verbale Aggression 2 und 3 an.**

Verbale Aggression

- | | |
|----------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> Keine verbale Aggression |
| 1 | <input type="checkbox"/> Wütendes Schreien, leichtes Fluchen, persönliche Beschimpfungen |
| 2 | <input type="checkbox"/> Bösartiges Fluchen, schwere Beschimpfungen, Wutausbrüche |
| 3 | <input type="checkbox"/> Bedrohungen anderer oder gegen sich selbst |
| 4 | <input type="checkbox"/> Klare Gewaltandrohungen gegen andere/eigene Person |

Summe verbale Aggression

Aggression gegen Objekte

- | | |
|----------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> Keine Aggression gegen Objekte |
| 1 | <input type="checkbox"/> Wütendes Türenschlagen, Zerreißen von Kleidung, auf den Boden urinieren |
| 2 | <input type="checkbox"/> Umwerfen von Gegenständen, gegen Möbel treten, Wände beschmutzen |
| 3 | <input type="checkbox"/> Zerstören von Gegenständen, Fenster einschlagen |
| 4 | <input type="checkbox"/> Feuer legen, gefährlich mit Gegenständen werfen |

Summe Aggression gegen Objekte

Autoaggressivität (Selbstverletzendes Verhalten)

- | | |
|----------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> keine Autoaggression |
| 1 | <input type="checkbox"/> Zupfen oder Kratzen an der Haut, Haare ausreißen (keine oder nur geringe Verletzungen) |
| 2 | <input type="checkbox"/> Sich gegen den Kopf schlagen, auf den Boden werfen, mit den Fäusten gegen die Wand schlagen |
| 3 | <input type="checkbox"/> Fügt sich kleinere Schnittverletzungen, Prellungen, Verbrennungen oder Striemen zu |
| 4 | <input type="checkbox"/> Fügt sich größere Verletzungen zu, Suizidversuch |

Summe Autoaggressivität

Körperliche Aggression

- | | |
|----------|---|
| 0 | <input type="checkbox"/> Keine körperliche Aggression |
| 1 | <input type="checkbox"/> Bedrohliche Gesten, nach Personen schlagen, nach der Kleidung greifen |
| 2 | <input type="checkbox"/> Schlagen, Treten, Schubsen, an den Haaren ziehen (ohne Verletzungen) |
| 3 | <input type="checkbox"/> Greift andere an, leichte körperliche Verletzungen (blaue Flecken, Verstauchungen, Striemen) |
| 4 | <input type="checkbox"/> Greift andere an, schwere körperliche Verletzungen (Knochenbrüche, tiefe Fleischwunden, Zahnerlust, Bewusstlosigkeit etc.) |

Summe körperliche Aggression

Vom Testauswerter ausgefüllt.

Kategorie	Summe	Gewicht	Gewichtete Summe
Verbale Aggression		x1	_____
Aggression gegen Objekte		x2	_____
Autoaggressivität		x3	_____
Körperliche Aggression		x4	_____
Gesamt-Wert (gewichtet)			_____

Checkliste für abweichendes Verhalten (ABC)

Deutsche Übersetzung der Aberrant Behavior Checklist von Aman & Singh

Die Checkliste für abweichendes Verhalten (ABC) dient der Beurteilung von Problemverhalten in der häuslichen Umgebung. Bitte beurteilen Sie das Verhalten dieser Person **in den letzten 4 Wochen**. Entscheiden Sie für jedes Item, ob dieses Verhalten ein Problem darstellt, und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = Überhaupt kein Problem**
- 1 = Das Verhalten ist problematisch, aber nur leicht**
- 2 = Das Problem ist mäßig schwerwiegend**
- 3 = Das Problem ist schwerwiegend**

Bitte berücksichtigen die folgenden Punkte:

1. Berücksichtigen Sie die relative *Häufigkeit* des jeweiligen Verhaltens. Wenn die Person z.B. mehr Wutanfälle zeigt als die meisten anderen Personen, so ist das möglicherweise ein mäßig schwerwiegendes oder schwerwiegendes Problem, auch wenn diese Wutausbrüche nur ein- oder zweimal in der Woche auftreten. Anderes Verhalten, wie Ungehorsam müsste wahrscheinlich häufiger auftreten, um eine extreme Beurteilung zu rechtfertigen.
2. Berücksichtigen Sie möglichst auch die Erfahrungen anderer Betreuungspersonen mit dieser Person. Wenn die Person nur bei anderen das Problemverhalten zeigt, jedoch nicht bei Ihnen, sollten Sie den Gesamteindruck berücksichtigen.
3. Versuchen Sie zu bedenken, ob ein gegebenes Verhalten *die Entwicklung, die Leistungsfähigkeit oder die Beziehungen* beeinträchtigt. Wiegen mit dem Körper oder sozialer Rückzug z. B. mögen andere Erwachsene nicht stören, beeinträchtigen aber beinahe sicher die individuelle Entwicklung und Leistungsfähigkeit.

Bitte geben Sie folgende Informationen an (**Falls noch nicht geschehen oder abweichend von Seite 1**)

WICHTIG: Die Angabe des Namens der beurteilenden Person ist notwendig, um Ihre Daten zu Verlaufserfassung nutzen zu können.

Name: _____ geb. am: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

Beziehung zum Patienten: _____

		Kein Problem	Leichtes Problem	Mäßig schweres Problem	Schwer- wiegendes Problem
1.	Ist übermäßig aktiv Zuhause, in der Schule, bei der Arbeit oder anderswo	0	1	2	3
2.	Verletzt sich selbst absichtlich	0	1	2	3
3.	Teilnahmslos, träge, inaktiv	0	1	2	3
4.	Aggressiv zu anderen Kindern oder Erwachsenen (verbal oder physisch)	0	1	2	3
5.	Versucht sich von anderen zu isolieren	0	1	2	3
6.	Sinnlose, sich wiederholende Körperbewegungen	0	1	2	3
7.	Ungestüm (unangemessen geräuschvoll und grob)	0	1	2	3
8.	Schreit unangemessen	0	1	2	3
9.	Redet Übermäßig	0	1	2	3
10.	Wutanfälle/-ausbrüche	0	1	2	3

Bitte wenden

		Kein Problem	Leiches Problem	Mäßig schweres Problem	Schwer- wiegendes Problem
11.	Stereotypes Verhalten, unnormale, sich wiederholende Bewegungen	0	1	2	3
12.	Geistesabwesend; starrt ins Leere	0	1	2	3
13.	Impulsiv (handelt ohne zu denken)	0	1	2	3
14.	Reizbar und quengelig	0	1	2	3
15.	Ruhelos, kann nicht still sitzen	0	1	2	3
16.	Zurückgezogen; bevorzugt Einzelaktivitäten	0	1	2	3
17.	Seltsam, bizarr im Verhalten	0	1	2	3
18.	Ungehorsam; schwer zu kontrollieren	0	1	2	3
19.	Schreit zu angemessenen Zeiten	0	1	2	3
20.	Unbewegter Gesichtsausdruck; keine Gefühlsreaktionen	0	1	2	3
21.	Stört andere	0	1	2	3
22.	Sich wiederholende Sprachäußerungen	0	1	2	3
23.	Tut nichts als dazusitzen und andere zu beobachten	0	1	2	3
24.	Unkoperativ	0	1	2	3
25.	Niedergeschlagene Stimmung	0	1	2	3
26.	Entzieht sich jeder Art von Körperkontakt	0	1	2	3
27.	Bewegt oder rollt den Kopf wiederholt vor und zurück	0	1	2	3
28.	Befolgt Anweisungen nicht	0	1	2	3
29.	Forderungen muss sofort entsprochen werden	0	1	2	3
30.	Isoliert sich von anderen Kindern oder Erwachsenen	0	1	2	3
31.	Stört Aktivitäten in der Gruppe	0	1	2	3
32.	Sitzt oder steht lange Zeit in derselben Stellung	0	1	2	3
33.	Spricht laut mit sich selbst	0	1	2	3
34.	Weint bei geringfügigen Ärgernissen	0	1	2	3
35.	Sich wiederholende Hand-, Körper- oder Kopfbewegungen	0	1	2	3
36.	Stimmung wechselt schnell	0	1	2	3
37.	Spricht nicht auf strukturierte Aktivitäten an (reagiert nicht)	0	1	2	3
38.	Bleibt nicht sitzen (z.B. im Unterricht oder bei Übungen, beim Essen etc.)	0	1	2	3
39.	Bleibt für keinen Zeitraum still sitzen	0	1	2	3
40.	Es ist schwer, ihn/sie zu erreichen, mit ihm/ihr in Kontakt zu kommen, zu ihm/ihr durchzukommen	0	1	2	3
41.	Weint und schreit unangemessen	0	1	2	3
42.	Zieht es vor, alleine zu sein	0	1	2	3
43.	Versucht nicht, mit Worten oder Gesten zu kommunizieren	0	1	2	3
44.	Leicht ablenkbar	0	1	2	3
45.	Schwingt oder schüttelt Arme und Beine wiederholt	0	1	2	3
46.	Wiederholt ein Wort oder einen Ausdruck immer wieder	0	1	2	3
47.	Stampft mit den Füßen oder schlägt auf Gegenstände ein oder knallt Türen zu	0	1	2	3
48.	Rennt oder hüpfst beständig durch den Raum	0	1	2	3
49.	Wiegt den Körper wiederholt vor uns zurück	0	1	2	3
50.	Fügt sich willentlich Schmerzen zu	0	1	2	3
51.	Beachtete es nicht, wenn er/sie angesprochen wird	0	1	2	3
52.	Tut sich körperliche Gewalt an	0	1	2	3
53.	Inaktiv, bewegt sich nie spontan	0	1	2	3
54.	Neigt dazu, übermäßig aktiv zu sein	0	1	2	3
55.	Reagiert negativ auf Zuneigung	0	1	2	3
56.	Ignoriert Anweisungen absichtlich	0	1	2	3
57.	Hat Wutanfälle/-ausbrüche, wenn etwas nicht nach seinen/ihrem Willen geht	0	1	2	3
58.	Zeigt sich gleichgültig gegenüber anderen	0	1	2	3

DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE

(Holmes, Shah, Wing 1982, modifiziert von Meins 6 Turnier, 1993, Auwetter, 1998)

Name: _____ geb. am: _____

Ausgefüllt von: _____ am: _____

I. Kontinenz (beinhaltet auch Einnässen/ Einkoten bedingt durch Anfälle)

Frage: "Ist er/sie sauber und trocken? Wie oft näßt/kotet er/sie ein?"

Nächtliches Einnässen

- 1 fünf bis siebenmal pro Woche
- 2 drei bis viermal pro Woche
- 3 zweimal pro Woche
- 4 einmal pro Woche oder seltener
- 5 niemals

(1) _____

Nächtliches Einkoten

- 1 fünf bis siebenmal pro Woche
- 2 drei bis viermal pro Woche
- 3 zweimal pro Woche
- 4 einmal pro Woche oder seltener
- 5 niemals

(2) _____

Einnässen am Tag

- 1 fünf bis siebenmal pro Woche
- 2 drei bis viermal pro Woche
- 3 zweimal pro Woche
- 4 einmal pro Woche oder seltener
- 5 niemals

(3) _____

Einkoten am Tag

- 1 fünf bis siebenmal pro Woche
- 2 drei bis viermal pro Woche
- 3 zweimal pro Woche
- 4 einmal pro Woche oder seltener
- 5 niemals

(4) _____

Toilettenbenutzung

- 1 muss täglich zur Toilette gebracht werden
(auch wenn verbale Ermahnung ausreicht, bewerten Sie mit 1)
- 2 fragt von sich aus danach, ob er/sie die Toilette aufsuchen soll
- 3 geht von sich aus

(5) _____

II. Selbsthilfefertigkeiten

Frage: "Ist er/sie fähig, sich selbst zu waschen, anzukleiden, zu essen?"

Essen

- 1 muss gefüttert werden
- 2 braucht Hilfe
- 3 ohne Hilfe (bewerten Sie nur dann mit 3, wenn er/sie ohne unnötige Beschmutzung, im üblichen Zeitraum und unbeaufsichtigt isst und das Essen nicht besonders zubereitet werden muss, nachdem es die Küche verlassen hat)

(6) _____

Waschen

- 1 nicht alleine möglich
- 2 braucht Hilfe
- 3 ohne Hilfe (bewerten Sie mit 3, wenn ein Mann sich selbst waschen kann, aber rasiert werden muss)

(7) _____

Ankleiden

- 1 nicht alleine möglich
- 2 mit Hilfe
- 3 ohne Hilfe, aber er/sie kann Schuhe nicht binden
- 4 ohne Hilfe

(8) _____

III. Kommunikation

Art und Weise der Kommunikation

Frage: "Kann er/sie sprechen oder Gesten machen? Wie teilt er/sie mit, was er/sie möchte?"

(9) _____

- 1 spricht wenig, überhaupt nicht oder nur bedeutungslose Echolalien
- 2 einige bestimmte Laute oder Gesten, z.B. an der Hand ziehen oder auf etwas zeigen
- 3 hauptsächlich Gesten und mimische Zeichen
- 4 Mischung aus Sprache und Gesten
- 5 kann sich durch ausschließlichen Gebrauch von Sprache verständlich machen

Kommunikationsverständnis (für Sprache, Gesten, Zeichen usw.)

(10)_____

Frage: "Ist er/sie fähig, Anweisungen zu verstehen?

Versteht er/sie, wenn er/sie zu Dingen befragt wird, die er/sie getan hat?"

- 1 wenig oder gar nicht
- 2 versteht einfache Anordnungen (z.B. "Komm her", "Setz Dich")
- 3 versteht die für alltägliche Abläufe nötigen Instruktionen
- 4 versteht Bemerkungen, Fragen und Instruktionen bezüglich persönlicher Bedürfnisse und Erfahrungen (z.B. "Hat Dir der Ausflug gefallen?")
- 5 versteht Informationen, die außerhalb seiner/ihrer unmittelbaren Erfahrung liegen (z.B. Hauptpunkte der Nachrichten)

Kommunikationsgebrauch (Sprache, Gesten, Zeichen usw.)

(11)_____

Frage: "Kann er/sie um Dinge bitten, die er/sie möchte?

Kann er/sie über Dinge sprechen, die er/sie getan hat?"

- 1 wenig, gar nicht oder bedeutungslose Echolalien
- 2 benutzt einige Wörter und Zeichen (z.B. "Hallo", "Auf Wiedersehen", "Trinken")
- 3 benutzt Worte oder Zeichen für praktische Bedürfnisse
- 4 benutzt Worte und Zeichen, um über seine/ihre persönlichen Erfahrungen zu berichten (z.B. erzählt er/sie habe neue Kleidung, sei spazieren gewesen, jemand habe etwas falsch gemacht)
- 5 kann sich über Dinge unterhalten (verbal oder mit Zeichen), die außerhalb seiner/ihrer unmittelbaren persönlichen Erfahrung liegen (z.B. über die Familie eines Bekannten)

Aussprache (bewerten Sie keine bedeutungslosen Echolalien)

(12)_____

Frage: "Wie deutlich spricht er/sie? Wie gut ist er/sie zu verstehen?"

- 0 nicht genug spontanes Sprechen, um es bewerten zu können oder ausschließlich bedeutungslose Echolalien
- 1 schwer zu verstehen, sogar für Bezugspersonen
- 2 einfach zu verstehen für Bezugspersonen, schwer für andere
- 3 deutlich genug, um von jedem verstanden zu werden

IV. Fertigkeiten**Lesen**

(13)_____

Frage: "Kann er/sie einige Wörter lesen?"

- 1 versteht keine geschriebenen Wörter
- 2 kann den eigenen Namen erkennen
- 3 kann Wörter Bildern zuordnen
- 4 kann bis zu zehn gebräuchliche Wörter erkennen
- 5 kann einfache Lesebücher (z.B. Fibel) lesen und verstehen
- 6 kann Bücher für Kinder ab sieben Jahre lesen und verstehen
- 7 liest aus eigenem Antrieb

Schreiben

(14)_____

Frage: "Kann er/sie einige Buchstaben oder Wörter schreiben?"

- 1 nichts dergleichen
- 2 schreibt einige Buchstaben mit Vorlage (bewerten sie mit 1, wenn nur der eigene Name geschrieben werden kann)
- 3 schreibt einige Wörter mit Vorlage
- 4 schreibt einige Buchstaben ohne Vorlage
- 5 schreibt einfache Wörter ohne Vorlage
- 6 schreibt zwölf oder mehr Wörter ohne Vorlage
- 7 schreibt einen kurzen Brief aus eigenem Antrieb

Zählen und Geld

(15)_____

Frage: "Kann er/sie zählen? Kann er/sie mit Geld umgehen?"

- 1 überhaupt nicht
- 2 kann zumindest vier Teelöffel, drei Tücher, fünf Teller usw. heraussuchen
- 3 kann mit Geld einkaufen geschickt werden. Macht von sich aus kleine Einkäufe. Falls alt genug: verwaltet selbst sein/ihr Taschengeld oder Einkommen

Fähigkeiten im Haushalt

(16)_____

Frage: "Hilft er/sie beim Saubernmachen, Aufräumen, Abwaschen usw.?"

- 1 überhaupt nicht
- 2 manchmal unter Anleitung
- 3 hilft gut mit und benötigt wenig oder keine Anleitung

Auswertung:**Gesamt**

- | | |
|---|---|
| F70: leichte Intelligenzminderung (63 – 71) | 0 |
| F71: mittelgradige Intelligenzminderung (49-62) | 0 |
| F72: schwere Intelligenzminderung (31-48) | 0 |
| F73: schwerste Intelligenzminderung (15 – 30) | 0 |



Information zur Anmeldung für Erstkontakte

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am
Behandlungszentrum für psychische
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse
Chefarzt

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA
T: (030) 54 72 49 16
F: (030) 54 72 29 95 73
pia-gb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) am Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen (BHZ) ist ein ambulantes Behandlungssangebot für Menschen mit Intelligenzminderung (IQ < 70) und einer psychischen Erkrankung mit Verhaltensauffälligkeiten.

Alle Aufnahmebögen zur Anmeldung (siehe Checkliste) in der PIA am BHZ laden Sie sich als anhängende PDF-Version herunter.

Bitte füllen Sie die Anmeldeunterlagen vollständig aus und schicken diese per Post, Fax oder per E-Mail an die PIA. Wir bitten von persönlichen Abgaben vor Ort abzusehen.

Ihre Anmeldung wird von uns durchgesehen. Wenn alle benötigten Unterlagen bei uns eingetroffen sind, werden wir Sie für eine Terminvereinbarung kontaktieren. Dies kann einige Wochen in Anspruch nehmen. Von Nachfragen zum Bearbeitungsstand bitten wir abzusehen.

Nicht vollständig eingereichte Anmeldeunterlagen (siehe Checkliste) werden zurückgesandt, wenn ein ausreichend frankierter Rückumschlag vorhanden ist. Ist dies nicht der Fall und werden innerhalb von 3 Monaten die fehlenden Unterlagen nicht selbstständig nachgereicht, werden Ihre Unterlagen datenschutzkonform entsorgt.

Das Behandlungssangebot umfasst keine ausschließliche Diagnostik, sondern eine langfristige Behandlung durch die Mitarbeitenden der PIA am BHZ. Sollten Sie den Wunsch nach einer reinen Diagnostik ohne anschließende Weiterbetreuung haben, empfehlen wir unsere Spezialsprechstunden (Autismus, FASD, Demenz bei Intelligenzminderung).

Unser Behandlungssangebot beinhaltet keine Psychotherapie. Wenn Sie eine Psychotherapie wünschen, wenden Sie sich bitte an die Psychotherapeutenkammer in Berlin.

Vielen Dank!

Das Team der PIA am BHZ

PIA-Behandlung und gleichzeitige andere Therapie

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

Befinden Sie sich zurzeit in ambulanter Psychotherapie und/oder psychiatrischer Behandlung?

Nein → Sie können einen Termin zum Erstgespräch mit uns vereinbaren.

Ja → Bitte lesen Sie sich dieses Schreiben aufmerksam durch und holen Sie die Bestätigungen ein.

Für die Behandlung in unserer Psychiatrischen Institutsambulanz am Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen (PIA am BHZ) klären Sie bitte folgenden Sachverhalt:

Die gesetzlichen Krankenkassen erlauben **keine zeitgleiche** Behandlung in der PIA **und** bei einem/einer anderen ambulanten Psychiater/Psychiaterin. Das heißt, wenn Sie sich zurzeit in Behandlung bei einem/einer ambulanten Psychiater/Psychiaterin befinden, klären Sie bitte vorab Folgendes mit Ihrem dort behandelnden Arzt bzw. Ihrer behandelnder Ärztin:

Patientendaten:

Frau / Herr _____ geboren am: _____

befindet sich in ambulanter Behandlung bei:

Datum, Stempel und Unterschrift behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Die derzeitige Behandlung bei o. g. Psychiater/Psychiaterin soll, für den Zeitraum der Behandlung in der PIA am BHZ, pausieren. Laufende Verordnungen und Rezepte können für diesen Zeitraum durch die PIA am BHZ übernommen werden.

Die psychiatrischen Behandlung, soll ab _____ (Quartal/Jahr) vollständig in die PIA am BHZ wechseln.

Eine gleichzeitige Behandlung durch o. g. Psychiater/Psychiaterin und der PIA am BHZ ist notwendig. Der derzeit behandelnde Arzt bzw. Ärztin beantragt vorab eine Kostübernahmeverklärung für eine Doppelbehandlung bei der zuständigen Krankenkasse. Die Bewilligung der Krankenkasse wird vor Beginn der Behandlung in der PIA am BHZ der PIA vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

Information zum Datenschutz

Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am
Behandlungszentrum für psychische
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse
Chefarzt

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA
T: (030) 54 72 49 16
F: (030) 54 72 29 95 73
pia-gb@keh-berlin.de

www.keh-berlin.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

Vorab möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir als kirchliche Stelle den Bestimmungen des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) unterliegen. Dieses Kirchengesetz ist stark an den Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSG-VO) angelehnt. Daher finden Sie in unseren Formularen und Hinweisen als Rechtsgrundlage die Paragrafen des DSG-EKD und nicht die Artikel der Datenschutz-Grundverordnung.

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unserer Ambulanz als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt. Diesen Informationen können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen und das komplementäre System sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. Ihre Rechte

Sie haben nach § 19 DSG-EKD das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie nach § 20 DSG-EKD Berichtigung

verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 21DSG-EKD das Recht auf Löschung von Daten zu.

Paragraf 22 DSG-EKD gewährt Ihnen das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um Ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

5. Widerruf erteilter Einwilligung

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie gegenüber der Ambulanz erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie schriftlich über den Postweg, per E-Mail oder Fax an die Ambulanz richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Ambulanz zugeht. Er hat keine Rückwirkung, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer Daten bis dahin rechtmäßig bleibt.

6. Beschwerdemöglichkeit / Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Beschwerde richten Sie bitte an:

Beauftragten für den Datenschutz in der Evangelischen Kirche in Deutschland, Außenstelle Dortmund
Friedhof 4, 44135 Dortmund

E-Mail: mitte-west@datenschutz.ekd.de

Tel.: 0231/53 38 27 - 0

Die Ambulanz hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Die Kontaktdaten lauten wie folgt:

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
c/o Stabsstelle Recht/Compliance/Datenschutz
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
E-Mail: datenschutz@keh-berlin.de
Tel. 030/54 72 22 40; Fax: 030/ 54 72 29 09

7. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

PIA am BHZ
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
Tel.: 030/54 72-49 16; Fax: 030/54 72-29 95 73

Information und Zustimmung zur Kontaktaufnahme

Patientendaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am
Behandlungszentrum für psychische
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse
Chefarzt

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA
T: (030) 54 72 49 16
F: (030) 54 72 29 95 73
pia-gb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

Es besteht die Möglichkeit, mit unserer Ambulanz per Telefon/Fax oder E-Mail zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt.

Sensible persönliche Daten werden nicht per Mail versendet.

Das Team der PIA am BHZ nutzt zu Kontaktaufnahme die auf den Anmelde-Bögen angegebenen Kommunikationswege (Telefon/SMS/Fax/E-Mail/Postanschrift).

Sie sind mit der Nutzung der dort angegebenen Kommunikationswege einverstanden.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben zum Datenschutz.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

Einwilligungserklärung Schweigepflichtentbindung

Patientendaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am
Behandlungszentrum für psychische
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse
Chefarzt

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA
T: (030) 54 72 49 16
F: (030) 54 72 29 95 73
pia-gb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung für folgende Punkte:

- Ich entbinde die behandelnden Ärzte des Behandlungszentrums für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen (BHZ) des Ev. Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Neurologe: _____ Adresse: _____

Hausarzt: _____ Adresse: _____

Andere: _____ Adresse: _____

- Häufig werden die von uns behandelten Menschen mit Intelligenzminderung zu den Visiten und Therapien in unserem Hause von Betreuungspersonen aus dem komplementären System begleitet. Diese Betreuungspersonen sind befugt uns Informationen zur aktuellen Situation der/des Patient/in zu erteilen. Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden des BHZ diesen Begleitpersonen Therapieinhalte, Untersuchungsergebnisse und Diagnosen sowohl mündlich als auch schriftlich mitteilen, die im Rahmen der Behandlung festgestellt werden, soweit dies für die Betreuung der/des Pat. in der jeweiligen Einrichtung erforderlich ist.
- Im Rahmen der Behandlung können Kontakte als Videosprechstunde mit einem zertifizierten Videodienst durchgeführt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung erhobene Daten für wissenschaftliche Untersuchungen in anonymisierter Form genutzt werden dürfen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit, auch in Teilen, ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/Patientin

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

Einwilligungserklärung Video-, Bild- und Tonaufnahmen

Patientendaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**

Herzbergstraße 79
10365 Berlin

**Psychiatrische Institutsambulanz am
Behandlungszentrum für psychische
Gesundheit bei Entwicklungsstörungen
PIA am BHZ**

Dr. med. Björn Kruse
Chefarzt

Sekretariat
Janin Wendt
T: (030) 54 72 49 60
F: (030) 54 72 29 96 71
ja.wendt@keh-berlin.de

Kontaktdaten PIA
T: (030) 54 72 49 16
F: (030) 54 72 29 95 73
pia-gb@keh-berlin.de
www.keh-berlin.de

- Ich bin darüber informiert worden und bin damit einverstanden, dass Teile meiner Behandlung/ Therapie in Form von Ton- und Bildaufnahmen zu diagnostischen Zwecken im Rahmen der ambulanten Behandlung aufgezeichnet und gespeichert werden.
- Die Aufnahmen werden nur Personen gezeigt, die der Schweigepflicht unterliegen, in meine Behandlung/ Therapie einbezogen sind und keine vertraulichen Informationen weitergeben.
- Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufzeichnung und Speicherung dieser Daten mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Allerdings gehen dabei auch ggf. die mit der Aufzeichnung von Bild und Tonaufnahmen verbundenen Vorteile bei meiner Behandlung verloren.

Zugriff zum Video haben:

Die unmittelbar behandelnden Ärzte/Therapeuten/Psychologen sowie Dr. med. Björn Kruse (Chefarzt der Abteilung). Lediglich administratives Zugangsrecht haben die zuständigen Sekretariate und der zuständige Administrator der IT-Abteilung.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

Zusatz zu Demonstrationszwecken

Ich gebe mein Einverständnis, dass im Rahmen der Behandlung erstellte Video-, Bild-, und Tonaufnahmen, auf denen ich persönlich zu sehen und/oder zu hören bin, zu Demonstrationszwecken ohne weitere Angaben zu meiner Identität in folgenden Veranstaltungsformaten abgespielt werden:

- anonymisierte Auswertung der Befunde zu Forschungszwecken
- Verwendung zu Lehr- und Ausbildungszwecken innerhalb des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH)
- Verwendung zur Demonstration von Ausschnitten des Videos bei externen Fachvorträgen, Kongressen oder Weiterbildungsveranstaltungen

Die Einverständniserklärung für die Video-, Bild-, und Tonaufnahme ist freiwillig.

Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen. Im Falle einer Ablehnung oder eines Rücktritts entstehen für mich keinerlei Kosten oder anderweitige Nachteile.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung. Ich habe alles gelesen und verstanden und erkläre mich hiermit bereit, dass eine Video-, Bild-, und Tonaufnahmen von mir gemacht wird.

Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

Verkehrsverbindung (Haus 11 markiert)



M M8 **Tram** 37