

## ELTERNINFORMATION

Liebe Eltern und Angehörige!

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Kind.

Damit sich diese möglichst gut gestaltet, möchten wir Sie über folgende Abläufe informieren:

### 1) Überweisungsschein und chefärztliche Bewilligung

Alle Therapieangebote werden nach ärztlicher Anweisung durchgeführt. Wir benötigen daher entsprechende Überweisungsscheine bei Aufnahme bzw. zu Beginn eines Kalenderjahres. Für die folgenden Kassen ist eine chefärztliche Bewilligung erforderlich: SVS-GW, SVS-LW und KFA.

**Bitte beachten Sie:** Eine Änderung Ihrer Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail sowie Sozialversicherung) ist umgehend im Sekretariat zu melden.

### 2) Ärztliche Untersuchung

Die entwicklungsdiagnostische Untersuchung ist erforderlich zur Therapieplanung und gibt Ihnen Rückmeldung über die Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes. Ärztliche Untersuchungen finden zu Beginn und im Verlauf der Behandlung im Autismuszentrum statt und können auch im Rahmen der Therapie erfolgen.

Für Familien mit nicht deutscher Muttersprache:

Damit wir Ihre Sorgen um Ihr Kind gut verstehen können, ersuchen wir bei mangelnden Deutschkenntnissen **unbedingt um Mitnahme einer\*eines Dolmetscher\*in**.

### 3) Dauer Therapieeinheit

Eine Therapieeinheit dauert 50 Minuten. Die Anwesenheit der Eltern bzw. Bezugsperson im Haus während der Therapie ist Voraussetzung für die Teilnahme an der Betreuung.

Wir können über die Zeitdauer der Therapie hinaus keinerlei Verantwortung für Ihr Kind übernehmen.

### 4) Therapieausfälle

Für einen Therapieerfolg ist es ausschlaggebend, dass die vereinbarten Therapietermine eingehalten werden.

Bei Krankheit oder anderen Umständen kann es vorkommen, dass Sie Therapietermine oder ärztliche Untersuchungen nicht wahrnehmen können. Melden Sie sich bitte so früh wie möglich, wenn Sie einen Termin ausfallen lassen müssen - **spätestens jedoch 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin**. Im Falle einer akuten Erkrankung ist eine ärztliche Bestätigung unbedingt notwendig, ansonsten gilt das Fernbleiben als unentschuldig.

Unser Sekretariat ist telefonisch Montag bis Freitag 08:00 bis 11:00 und 13:00 bis 16:00 erreichbar. Termine am Montag, die bis 08:30 abgesagt werden gelten als entschuldigt. Danach ist ebenso eine ärztliche Bestätigung erforderlich. Sie können am Wochenende per Mail absagen.

Bitte beachten Sie: Sollten Sie vereinbarte Termine absagen, können diese nicht nachgeholt werden.

Im Falle einer Terminabsage seitens der Therapeut\*innen (z.B. bei kurzfristiger Erkrankung), wird dieser Termin nach Maßgabe unserer Möglichkeiten nachgeholt. In diesem Fall verständigen wir Sie umgehend per SMS oder telefonisch.

Terminabsagen:

- im Sekretariat: telefonisch unter 02622/39510
- per Mail an: sekretariat@azs-wn.at
- persönlich bei dem\*der zuständigen Therapeut\*in während einer der vorhergehenden Behandlungen

## 5) Unentschuldigte Termine

Aus medizinischer und wirtschaftlicher Sicht ist die Kontinuität der Behandlung Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. daher möchten wir Sie auf Folgendes hinweisen:

### Bitte beachten Sie:

- Fehlt Ihr Kind innerhalb von **drei Kalendermonaten 2x unentschuldigt** bei der Therapie, informieren wir Sie darüber, dass Ihr Kind den Therapieplatz verlieren könnte.
- Fehlt Ihr Kind **3x unentschuldigt** bei der Therapie behalten wir uns vor, die Therapie frühzeitig zu beenden und den Therapieplatz an ein anderes Kind vergeben.

**Im Autismuszentrum Sonnenschein warten viele Kinder auf einen Therapieplatz. Nicht rechtzeitige Terminabsage bedeutet nicht nur Therapieentgang für Ihr Kind, sondern nimmt auch anderen wertvolle Therapiezeit weg.**

## 6) Mitwirkung der Erziehungsberechtigten

Die aktive Teilnahme der Eltern bzw. engsten Bezugspersonen im Rahmen autismspezifischer Therapie stellt eine wesentliche Säule der Behandlung dar. Die Weiterführung der Empfehlungen der Therapeut\*innen ist unbedingt erforderlich. Diesbezüglich werden wir mit Ihnen eine Arbeitsvereinbarung abschließen.

**Bitte beachten Sie:** Unkooperatives Verhalten würde den Erfolg der Behandlung Ihres Kindes beeinträchtigen. Das Autismuszentrum behält sich in diesem Fall vor, die Therapie abzubrechen und den Behandlungsplatz an ein anderes Kind zu vergeben.

## 7) Mobile Betreuung

Das Therapiekonzept sieht neben der ambulanten Behandlung auch mobile Betreuung im häuslichen und/oder institutionellen Umfeld vor. In diesem Rahmen soll eine bestmögliche Unterstützung der Eltern vor Ort und ein Transfer der therapeutischen Inhalte in den Alltag ermöglicht werden.

**Bitte beachten Sie:** Für etwaige Sach- und Personenschäden im Rahmen der mobilen Betreuung liegt die Haftung bei den Eltern.

## 8) Evaluation

Um die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, werden die Behandlungen im Autismuszentrum laufend evaluiert. Sie werden hierzu in regelmäßigen Abständen hinsichtlich der Behandlung und etwaigen Verhaltensänderungen des Kindes und innerhalb der Familie mittels Fragebögen befragt.

Zur Verwendung der Ergebnisse in anonymisierter Form benötigen wir Ihre Einwilligung.

**Bitte beachten Sie:** Da das Autismuszentrum Sonnenschein zur Evaluation der Behandlungen verpflichtet ist, ist eine Aufnahme ins Zentrum nur möglich, wenn Ihr Einverständnis zur Evaluation vorliegt.

## 9) Befunde

Die Befunde stellen wir Ihnen zum Download zur Verfügung. Der Link hierzu wird Ihnen per Mail übermittelt und das sichere Passwort erhalten Sie gesondert per SMS.

Für Wünsche, Beschwerden oder Anregungen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

**Ich habe diese Information gelesen und bin mit dem Inhalt einverstanden.**

.....  
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/Begleitperson)



## DATENBLATT

### Patient\*in:

Familienname:	Vorname: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
SV Nr:      Geb. Datum:	Muttersprache:
Straße:	Wohnort:
Tel:	E-Mail:
Mitversichert bei:	Krankenversicherung:

### Elternteil 1 z.B. Mutter:

Familienname:	Vorname:
SV Nr:      Geb. Datum:	Muttersprache:
Beruf:	Arbeitgeber*in:

### Elternteil 2 z.B. Vater:

Familienname:	Vorname:
SV Nr:      Geb. Datum:	Muttersprache:
Beruf:	Arbeitgeber*in:

Obsorge liegt bei:

Geschwister (die im Autismuszentrum in Behandlung sind):

### Ärztliche Betreuung:

Kinder- und Jugendärzt\*in oder Hausärzt\*in:

Erhöhte Kinderbeihilfe:       ja       nein

Pflegegeld:       ja       nein

Pflegestufe:

Diagnose:

- Autismus Spektrum Störung (F84.0 Frühkindlicher Autismus, F84.5 Asperger Syndrom, F84.1 Atypischer Autismus)

**Medikation:**

--

**Therapie aktuell:**

--

**Therapie bisher:**

--

**Kindergarten:**

--

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG VERLAUFSdokUMENTATION UND EXTERNE BEFUNDE

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind (Vor- und Nachname in BLOCKBUCHSTABEN)

---

im Rahmen der Therapie im Autismuszentrum Sonnenschein zu Zwecken der Verlaufsdokumentation gefilmt/fotografiert werden darf.

Weitere, ebenfalls freiwillige, Einverständniserklärungen:

- Ich bin damit einverstanden, dass gesammelte Daten in anonymisierter Form zum Zweck der Evaluierung der Behandlung im Autismuszentrum Sonnenschein verarbeitet und zu Studienzwecken verwendet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass das Autismuszentrum von anderen Institutionen, Kliniken und von niedergelassenen Ärzt\*innen/Psycholog\*innen/Therapeut\*innen bei Bedarf Befunde\* anfordern darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass Abteilungen oder Kliniken auf Anfrage Befunde\* meines Kindes vom Autismuszentrum Sonnenschein erhalten dürfen, wenn mein Kind diese Kliniken aufsucht/aufgesucht hat.
- Ich bin damit einverstanden, dass Therapieeinheiten meines Kindes per Videokonferenz über Online-Applikationen abgehalten werden, falls erforderlich. Für die Dauer der Telebehandlung werden die Konferenzen aufgezeichnet. Diese Aufzeichnungen werden nach Abschluss der Telebehandlung umgehend gelöscht.
- Ich bin damit einverstanden, dass von oben genannter Person Foto- und Videoaufnahmen im Rahmen von Weiterbildungen oder zu Lehrtätigkeiten an Mitarbeitende des Autismuszentrums und Teilnehmende in einschlägigen Ausbildungszweigen gezeigt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass von oben genannter Person Foto- und Videoaufnahmen zum Zwecke der Berichterstattung über Tätigkeiten des Autismuszentrums und der Öffentlichkeitsarbeit angefertigt und auf dessen Webseite und Social Media Kanälen sowie in Presseaussendungen und auf Werbemitteln (zB Folder) veröffentlicht werden dürfen.

*Ich nehme jeweils zur Kenntnis, dass durch das Streamen im Internet (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung des Gesundheitszustandes meines Kindes führen kann.*

\* somit Informationen über den Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten.

### Gesonderte Information zur Videokonferenz:

Telemedizinische Behandlungen oder Therapieeinheiten dienen auch zur Vertragserfüllung eines Behandlungsvertrages und können bei entsprechender Notwendigkeit – etwa aufgrund der von der Bundesregierung getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 – neben der Einwilligung demnach auch gem Art 6 Abs 1 lit b DS-GVO datenschutzrechtlich gerechtfertigt sein.

Zur Durchführung der Videokonferenzen können Auftragsverarbeiter\*innen herangezogen werden. Derzeit verwenden wir die Online-Applikation *Zoom* (Zoom Video Communications Inc, 55 Almaden Blvd, Suite 600, San Jose, CA 95113, USA; E-Mail: [privacy@zoom.us](mailto:privacy@zoom.us)).

Diesen werden folgende Daten im Anwendungsfall weitergeleitet: Von Ihnen angegebene Vor- und Nachname sowie E-Mailadresse, IP-Adresse, Unterhaltungsverlauf.

### Widerruf von Einwilligungen und Übermittlungen

Sie können sämtliche abgegebene Einwilligungen jederzeit und ohne Angabe eines Grundes per E-Mail an [sekretariat@azs-wn.at](mailto:sekretariat@azs-wn.at) **widerrufen**. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Dort, wo die Verarbeitung allein auf Ihrer Einwilligung beruht und wir nicht zur Aufbewahrung gesetzlich verpflichtet sind, werden die bezughabenden Daten umgehend gelöscht. Eine **Übermittlung** der Daten an Dritte (außer im dargestellten Umfang) findet nicht statt.

### **Ihre Rechte**

Ihnen und Ihrem Kind stehen als betroffene Person folgende Rechte zur Verfügung:

- **Recht auf Auskunft:** Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob – und wenn ja: welche – personenbezogenen Daten über Sie verarbeitet werden.
- **Recht auf Berichtigung und Löschung:** Sie können die Berichtigung/Vervollständigung Ihrer unrichtiger Daten sowie die Löschung Ihrer Daten verlangen.
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie können die Übermittlung erhobener personenbezogener Daten an einen Dritten verlangen.
- **Widerspruchsrecht:** Sollten sich aus Ihrer besonderen Situation solche Gründe ergeben, können Sie jederzeit gegen die Verarbeitung Ihrer Daten, Widerspruch einlegen.

Diese Rechte können Sie direkt bei uns als verantwortlichem Datenverarbeiter entweder postalisch oder per E-Mail an [sekretariat@azs-wn.at](mailto:sekretariat@azs-wn.at) geltend machen. Unabhängig der Behandlung Ihrer Anträge ist jeder Verantwortliche verpflichtet, Ihre Identität festzustellen, um allfällige Datenschutzverstöße (zB Beauskunftung an die falsche Person) hintanzuhalten. Aus diesem Grund müssen Sie gegebenenfalls ein Prozedere zur Identitätsfeststellung durchlaufen.

Weiters steht Ihnen, wenn sie Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften, insbesondere Ihre Betroffenenrechte vermuten, das Recht zu, Beschwerde bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Barichgasse 40-42, 1030 Wien, Telefon: +43 1 521 52-25 69, E-Mail: [dsb@dsb.gv.at](mailto:dsb@dsb.gv.at) als zuständige Aufsichtsbehörde einzubringen.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.autismuszentrum-sonnenschein.at/datenschutz>.

.....

Datum

.....

Unterschrift des\*der Erziehungsberechtigten

## THERAPIEFRAGEBOGEN

Liebe Eltern und Angehörige!

Sie haben Ihr Kind \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
im Autismuszentrum Sonnenschein zur Therapie angemeldet.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen ausführlich. Sie helfen uns damit, ein optimales Therapieangebot für Ihr Kind zu erstellen.

<p>1. Was möchten Sie, dass Ihr Kind erreicht?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul> <p>Was wünscht sich Ihr Kind?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> </ul>		
<p>2. Was erschwert den Alltag mit Ihrem Kind?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul>		
<p>3. Was erleichtert den Alltag mit Ihrem Kind?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul>		
<p>4. Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Therapie?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul>		
<p>5. Welche Therapien hatte Ihr Kind bisher? *</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul>	<p>Wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p>Wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

\* Z.B: Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, Psychologische Diagnostik, Frühförderung, etc.