

## **Erläuterung zur Einverständniserklärung zur Behandlung minderjähriger Patientinnen**

**Sehr geehrte Eltern unserer jugendlichen Patientin,**

Sie wünschen eine Aufnahme Ihrer Tochter in der Parkland-Klinik. Für die optimale Behandlung Ihrer Tochter ist es uns ein Anliegen, auch Sie als Eltern kennenzulernen und in die Behandlung einzubeziehen. Hierzu bieten wir Ihnen am Anreisetag ihrer Tochter ein gemeinsames Gespräch mit der Leitenden Stationspsychotherapeutin oder der Oberärztin an. Dieses Gespräch wird voraussichtlich etwa 30 Minuten dauern und am frühen Nachmittag stattfinden. Wir bitten Sie, den Anreisetag so zu planen, dass Sie bereits gegen 10:30 Uhr (bis spätestens 11:30 Uhr) eintreffen um den Gesprächstermin wahrzunehmen.

Sollten Sie vor oder während des Aufenthaltes Ihrer Tochter Fragen haben oder den Kontakt zu unserem Behandlungsteam wünschen, können Sie jederzeit in unserem Stationssekretariat unter der Nummer (05621) 706-712 anrufen. Ihr Anliegen wird an die zuständige Bezugstherapeutin weitergeleitet, die sie baldmöglichst zurückruft.

**Für die Behandlung Ihrer Tochter benötigen wir das Einverständnis BEIDER Erziehungsberechtigter.**

**Bitte unterschreiben Sie daher beide die beiliegende Einverständniserklärung und senden Sie uns diese im Vorfeld zu.**

Sollten Sie das alleinige Sorgerecht für Ihre Tochter haben, bestätigen Sie dies bitte auf der Einverständniserklärung. Für den Fall, dass Sie sich das Sorgerecht mit dem anderen Elternteil teilen, es für Sie jedoch nicht oder nur sehr schwer möglich ist, dessen Einverständnis einzuholen, nehmen Sie bitte im Vorfeld mit uns unter oben genannter Nummer Kontakt auf.

Für den Besuch der Klinikschule benötigt diese Ihr Einverständnis in die Datenverarbeitung. Die zugehörige Einverständniserklärung liegt ebenfalls bei. Um die Organisation des Schulbesuches kümmern wir uns nach Anreise.

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Für das Behandlungsteam der Jugendpsychosomatik

gez.  
Dr. med. H. Imgart  
Ärztlicher Direktor

gez.  
Dr. med. J. Leise  
Oberärztin

gez.  
A. Zanko  
Leitende Stationspsychotherapeutin

## **Einverständniserklärung zur Behandlung minderjähriger Patientinnen**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in der Parkland-Klinik behandelt wird.

- Meine Tochter darf während ihres Aufenthaltes zu therapiefreien Zeiten bis 22:00 Uhr das Klinikgelände ohne Aufsicht, jedoch in Begleitung einer Mitpatientin/eines Mitpatienten, verlassen.
- Meine Tochter darf an geleiteten Gruppenaktivitäten teilnehmen, wenn diese, abhängig vom Gewicht, durch den Klinikarzt/die Klinikärztin genehmigt wurden (z. B. Schwimmen, Reiten, Kartfahren, Klettern usw.).
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter bei ausreichender körperlicher und psychischer Stabilität die Klinikschule in der benachbarten Werner-Wicker-Klinik besucht.
- Ich bin mit medizinischen Akutmaßnahmen, einschließlich der Gabe von akut notwendiger Medikation einverstanden. Bei der Einstellung auf eine dauerhafte Medikation (z. B. Psychopharmaka) wird mein gesondertes Einverständnis eingeholt.

Folgende Medikamente sollen nicht bzw. nur nach Rücksprache mit mir gegeben werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin mit den Klinikregeln einverstanden, wie sie auf dem beiliegenden Merkblatt zur Aufsichtspflicht beschrieben sind. Ich weiß, dass meine Tochter bei Nichteinhalten dieser Regeln oder der individuellen Therapievereinbarungen entlassen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift beider Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn nur eine Unterschrift getätigt wurde:

Ich erkläre hiermit, das alleinige Sorgerecht für meine Tochter zu haben:

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_