

## **Erläuterung zur Einverständniserklärung zur Behandlung minderjähriger Patient:innen**

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie wünschen eine Aufnahme Ihres Kindes in der Parkland-Klinik. Für die optimale Behandlung Ihres Kindes ist es uns ein Anliegen, auch Sie als Eltern/Sorgeberechtigte kennenzulernen und in die Behandlung einzubeziehen.

Sollten Sie vor oder während des Aufenthaltes Ihres Kindes 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 den zuständigen Bezugstherapeuten / die zuständige Bezugstherapeutin weitergeleitet, der/die sie baldmöglichst zurückruft.

**Für die Behandlung Ihres Kindes benötigen wir das Einverständnis BEIDER Sorgeberechtigter.**

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

Sollten Sie das alleinige Sorgerecht für Ihr Kind 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. Irgart  
Ärztlicher Direktor

gez.  
Dr. med. J. Leise  
Oberärztin

gez.  
A. Zanko  
Leitende Stationspsychotherapeutin

## Einverständniserklärung zur Behandlung minderjähriger Patient:innen

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind

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

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

in der Parkland-Klinik behandelt wird.

Für das Verlassen des Klinikgeländes zu therapiefreien Zeiten bis 22:00 Uhr lege für mein Kind für die Dauer seines Aufenthaltes in der Parkland-Klinik **eine** der folgenden Optionen fest (bitte die zutreffende Option ankreuzen):

Mein Kind darf das Klinikgelände alleine und in Begleitung anderer Patient:innen des gleichen Geschlechts, die in der Abteilung für Jugendpsychosomatik behandelt werden, verlassen.

oder

Mein Kind darf das Klinikgelände nur in Begleitung anderer Patient:innen des gleichen Geschlechts, die in der Abteilung für Jugendpsychosomatik behandelt werden, verlassen. Mein Kind darf das Klinikgelände **nicht** alleine verlassen.

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, dass aus medizinischer oder therapeutischer Sicht der Ausgang meines Kindes durch das Behandlungsteam eingeschränkt wird.

Mein Kind darf an geleiteten Gruppenaktivitäten teilnehmen, wenn diese, abhängig vom Gewicht, durch das Behandlungsteam genehmigt wurden (z. B. Schwimmen, Reiten, Kartfahren, Klettern usw.).

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei ausreichender körperlicher und psychischer Stabilität die Klinikschule in der benachbarten Werner-Wicker-Klinik besucht.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind notfällig in einem anderen Krankenhaus vorgestellt werden kann, wenn es aus ärztlicher Sicht notwendig ist. Ich bin auch damit einverstanden, dass der Transport meines Kindes nach Einschätzung des Arztes/der Ärztin gegebenenfalls unbegleitet durch ein Taxiunternehmen erfolgen kann. Im Falle einer Vorstellung in einem anderen Krankenhaus werde ich telefonisch informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während seines Aufenthalts von Freund:innen und Familienangehörigen besucht wird. Folgende Personen sollen mein Kind nicht oder nur nach Rücksprache mit mir besuchen:

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

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:

Name der Medikamente: \_\_\_\_\_

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

Ort, Datum

Unterschrift beider Sorgeberechtigten:

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

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

Wenn nur eine Unterschrift getätigt wurde:

Ich erkläre hiermit, das alleinige Sorgerecht für mein Kind zu haben:

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_