



EVANGELISCHES KRANKENHAUS
KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH · Herzbergstraße 79 · 10365 Berlin

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

Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
kjp-ambulanz@keh-berlin.de
T 030/5472-3815
F 030/5472-299598
www.keh-berlin.de

Liebe Eltern,
sehr geehrte Damen und Herren,

Ihr Kind wird in unserer Institutsambulanz vorgestellt. Zur Durchführung von psychologischen und medizinischen Untersuchungen, zur Anforderung von Vorbefunden und zur Absprache der Behandlungsmöglichkeiten benötigen wir das Einverständnis aller Sorgeberechtigten.
Ihr Ambulanzteam

Behandlungseinwilligung ⁽¹⁾

Ich _____ (Vor- und Nachname), geb. am _____,
wohnhaft in _____ (Straße, Nr., PLZ)

**stimme zu, dass mein
Kind** _____ (Vor- und Nachname), geb. am _____,
wohnhaft in _____ (Straße, Nr., PLZ)
in der Institutsambulanz des KEH behandelt wird.

Diese Einwilligung gilt **insbesondere** für medizinische und psychologische Untersuchungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz im KEH sowie für die Anforderungen von Befunden über Vorbehandlungen.

Für eine Behandlung mit einem Medikament oder eine eventuelle Aufnahme in unserer Klinik ist diese Einwilligung ausdrücklich **nicht gültig**.

Diese Vollmacht kann jederzeit von mir zurückgezogen werden. Dies muss der Ambulanz durch mich umgehend mitgeteilt werden.

Telefonnummer(n) bzw. Emailadresse für Rückfragen:

Berlin, den _____ Unterschrift: _____

(1) Diese Einwilligung ist ein Musterformular. Sie können auch gerne eine eigene Einwilligung erstellen und unterschrieben mitbringen.