



Städtisches Klinikum Solingen gemeinnützige GmbH
Gotenstraße 1 · 42653 Solingen

AKADEMISCHES
LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT KÖLN

ZENTRUM FÜR KINDER UND
JUGENDLICHE
Chefarzt Dr. med. V. Soditt

Sozialpädiatrisches Zentrum
Leitung: Frau Dr. med. Klaeren

Gebäude
Telefon
Durchwahl
Telefax
E-Mail

Haus D, 1. Etage
0212 - 547-0
0212 - 547-2060
0212 - 547-2017
spz@klinikumsolingen.de

Sehr geehrte Eltern,

bitte senden Sie diese Einwilligungserklärung mit dem Anmeldefragebogen an uns zurück. Da es sich bei der Vorstellung, Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes in unserem SPZ um eine planbare medizinische Maßnahme handelt, benötigen wir die Einverständnis aller Sorgeberechtigten. Die ausgefüllte und unterschriebene Einverständniserklärung muss uns vorliegen, bevor wir mit Ihnen einen Termin vereinbaren können.

Name der Kindes: _____ Geburtsdatum _____

Namen der Sorgeberechtigten:

1. Sorgeberechtigter: _____

2. Sorgeberechtigter: _____

Wir sind mit der Untersuchung und Behandlung unseres Kindes im SPZ Solingen einverstanden:

1. Sorgeberechtigter: _____
Datum, Unterschrift

2. Sorgeberechtigter: _____
Datum, Unterschrift

Ich bin alleine sorgeberechtigt und mit der Untersuchung und Behandlung meines Kindes im SPZ Solingen einverstanden:

Datum, Unterschrift