

Einverständniserklärung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein/ unser Kind/ Mündel in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Oldenburg vorgestellt werden darf.

Sorgeberechtigte/r

Sorgeberechtigte/r

(Ort und Datum)

- **Bitte achten Sie darauf, dass alle Sorgeberechtigten an allen erforderlichen Stellen unterzeichnen (X).**

**Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie**

Direktorin
Prof. Dr. rer. nat Dr. med. habil.
Yulia Golub

Assistenz: 0441-403-10077
E-Mail:
Rudolf.Anna@klinikum-oldenburg.de

Sekretariat:
Tel: 0441-403-10061
Fax: 0441-403-10063
E-Mail:
kjpp-chefarzt-sekretariat@klinikum-
oldenburg.de

Ambulanz-Sekretariat:
Tel. 0441-403-10062
Fax 0441-403-10073
E-Mail:
kjp-ambulanz@klinikum-oldenburg.de

Datum:

Rainer Schoppik
Kaufmännischer Vorstand
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Andrea
Morgner-Miehlke
Medizinische Vorständin
(Stellvertretende Vorsitzende)

Vorsitzender des
Verwaltungsrates:
Oberbürgermeister
Jürgen Krogmann

Erfüllungsort und
Gerichtsstand
Oldenburg/Oldb.

HR A 205000

IK-Nr. 260 340 740

Bankverbindungen
LZO
IBAN: DE37 2805 0100
0000 4300 66
BIC: SLZODE22

