

Medizinischer Campus
Universität Oldenburg

**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](mailto: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

Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des ärztlichen, psychotherapeutischen und psychologischen Dienstes der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Oldenburg für oben genanntes Kind per Post oder Fax von der nachstehend benannten Stelle Befunde und Berichte erhalten darf und der nachstehend benannten Stelle Befunde und Berichte zusenden darf.

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Oldenburg und die genannten Stellen direkt Kontakt miteinander aufnehmen dürfen.

- Einweisender Arzt _____
- Hausarzt _____
- Krankenhaus _____
- Gesundheitsamt _____
- Jugendamt _____
- Beratungsstelle _____
- Kindergarten _____
- Schule _____
- _____
- _____

_____ X _____ X _____

(Ort und Datum)

Sorgeberechtigte/r Sorgeberechtigte/r

Unterschrift des Arztes

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

