

Kinderchirurgie – Schlossmannhaus – Moorenstr. 5 – 40225 Düsseldorf

**Klinik für Allgemein-, Viszeral-  
und Kinderchirurgie**

**Direktor der Klinik:**  
**Univ.-Prof. Dr.W.T.Knoefel**  
[www.uniklinik.duesseldorf.de/chirurgie](http://www.uniklinik.duesseldorf.de/chirurgie)

## Einverständniserklärung Fotodokumentation

Ich (wir) erkläre(n) (mich / uns) damit einverstanden, dass von meinem  
(unserem) Kind

....., geb. ....

eine fotografische Dokumentation erfolgt.

Die Fotodokumentation dient zur Verlaufsbeobachtung der  
(interdisziplinären) kinderchirurgischen Versorgung.

Wenn ich mir das elterliche Sorgerecht teile, informiere ich zeitnah den  
anderen Elternteil von dieser Einwilligung in die Fotodokumentation.

Ort/Datum .....

Unterschrift der/des Sorgeberechtigte/n Unterschrift der/des Sorgeberechtigte/n

**Kinderchirurgie  
in der Kinderklinik  
Schlossmannhaus**

**Leiterin: Dr. Chr. Staude**  
Tel.: (0211) 81 – 17480  
Fax: (0211) 81 - 19503  
[Christiane.Staude@med.uni-  
duesseldorf.de](mailto:Christiane.Staude@med.uni-duesseldorf.de)

**Sekretariat**  
Tel.: (0211) 81 – 18335/19604  
Fax: (0211) 81 -19503  
**Station KK01**  
Tel: (0211) 81 – 17696

**Kinderchirurgische Ambulanz**  
Tel: (0211) 81 – 17663 / 17664

**Sprechstunde:**  
Mo, Di, Mi, Do, Fr. 10:00 – 15:00 Uhr

**Privatsprechstunde:**  
Tel.: (0211) 81 – 17480  
Mo., Di., Do. 13:30 – 15:00 Uhr

**Notfallambulanz  
(Chirurgische Klinik)**  
Notfälle 24 Stunden täglich  
Tel.: (0211) 81 – 17448 / 17435  
Fax: (0211) 81 -- 19434