

Dear Parents,

We would like to extend our heartfelt congratulations on the birth of your child.

We warmly welcome you to our Neonatology Unit.

Your child has been admitted to our unit because they require special medical monitoring and nursing care. Our entire team is dedicated to providing your child—or children—with the best possible care and a safe start in life.

To provide the greatest possible protection for all children on our ward, we ask for your understanding that we are keeping the number of visitors in patient rooms to a minimum. By doing so, we aim to reduce the risk of infection and help ensure that your child or children develop as well as possible and can be discharged home healthy soon.

Of course, as parents, you are welcome to be with your child at any time. However, in the interest of all our little patients, we ask that you share your first moments together with family members and friends for now—for example, through photos or videos.

With your understanding and support, you are making an important contribution to the protection of all children on our ward.

Thank you very much, Your Neonatology Team



Important forms to sign

The first costs for examinations and treatments are already being incurred.

It is therefore important to enroll your child in a public or private health insurance plan as soon as possible.

If you have already chosen a health insurance plan, please notify that provider of your child's birth immediately so that you do not incur any costs.

Unfortunately, a certain amount of organizational and bureaucratic effort cannot be avoided even on our ward. Therefore, we will provide you with some documents that we ask you to fill out—we are, of course, happy to assist you with this at any time.

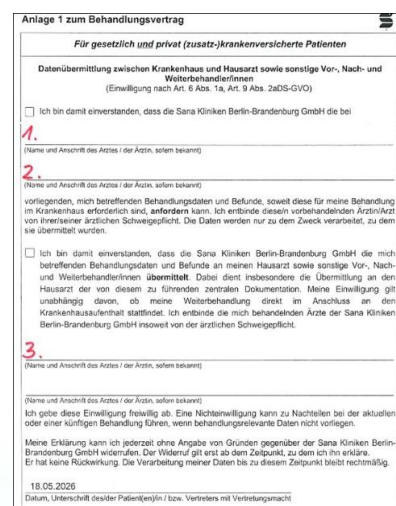
These include, among other things, the treatment agreement.

Please enter the following in **Appendix 1** of the treatment agreement:

- **1.** the name of your attending **gynecologist**, as well as
- **2.** – if applicable – the name of your **midwife**.
- Under **3.**, please indicate the **pediatrician** who will take over the ongoing care of your child or children.

If you do not yet have a pediatrician,

we ask that you find one as soon as possible.



Anlage 1 zum Behandlungsvertrag

Für gesetzlich und privat (zusatz-)krankenversicherte Patienten

Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt sowie sonstige Vor-, Nach- und WeiterbehandlerInnen
(Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2aDS-GVO)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH die bei

1.
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärztin, sofern bekannt)

2.
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärztin, sofern bekannt)

vorliegenden, mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung im Krankenhaus erforderlich sind, anfordern kann. Ich erkläre diesem vorstehenden Arzt/Ärztin von innerer ärztlicher Schweigepflicht. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt wurden.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt sowie sonstige Vor-, Nach- und WeiterbehandlerInnen übermitteln. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den Hausarzt der von diesem zu führenden zentralen Dokumentation. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt stattfindet. Ich erkläre die mich behandelnden Ärzte der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

3.
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärztin, sofern bekannt)

(Name und Anschrift des Arztes / der Ärztin, sofern bekannt)

Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab. Eine Nichtabgabe kann zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.

Meine Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH widerrufen. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich ihn erkläre. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

18.05.2026
Datum, Unterschrift des/der Patient(en)/in / bzw. Vertreters mit Vertretungsmacht

We also ask that you sign **the consent forms** in the designated places. By signing, you give us permission to forward your child's medical report to the doctors providing follow-up care or to your midwife.

On **the admission form**, please enter your name and phone number. We also need the child's father's name and phone number so that we can reach you by phone at any time if necessary.

In addition, you will receive an **information letter from the screening laboratory at Charité – Universitätsmedizin Berlin**. Please read this carefully and return it to us signed by your child's third day of life at the latest.

Pain is not inevitable

In our Neonatology Department, the well-being of our little patients is our top priority.

That is why we strive to minimize pain as much as possible and take special care to prevent or alleviate pain early on during all examinations and treatments.

With a calm and empathetic approach and the use of modern methods, we ensure that the children feel safe and secure and that stressful situations are handled as gently as possible.

The day of discharge has arrived

We are very happy for you that you are now able to take your child home.

Despite your understandable excitement, we would kindly ask you to provide us with brief feedback on your stay in our Neonatology unit. Were you satisfied with the care you received? Do you have any suggestions or ideas for improvement? Your feedback helps us to continuously improve the care and support we provide to families.

We have provided a feedback form for this purpose; please fill out your evaluation on the back. Afterward, please drop the completed form into the white mailbox to the right of the exit door.

Thank you very much for your support and trust.

We wish you and your child a wonderful
start at home and a wonderful time together
with your family.

The Neonatology Team



Kinderklinik Station 3F Sana Klinikum Lichtenberg

Jetzt zählt Ihre Meinung!

Willkommen zu unserer Patientenbefragung

Liebe Eltern,

der Aufenthalt Ihres Kindes in unserem Klinikum ist fast vorbei und wir hoffen, dass Sie mit der Betreuung und Behandlung zufrieden sind.

Heute können Sie uns persönlich mit Ihrer Bewertung dabei helfen, die Qualität unserer Arbeit weiter zu entwickeln.

Als Ihr Team der Kinderklinik, Station 3F interessiert uns Ihre Meinung vor allem, weil wir für unsere kleinen Patienten stetig besser werden wollen.

Bitte teilen Sie uns Ihre Erfahrungen mit.

Wir freuen uns darauf und sagen herzlich Dankeschön.

Ihre Madeleine Löwe Stationsleitung	Ihre Christin Weiß Abteilungsleitung	Ihr Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum Chefarzt
--	---	---

Wir haben immer ein offenes Ohr für Sie.

Als Ihr Sana Klinikum Lichtenberg wollen wir Ihnen nah sein. Auch nach Ihrem Klinikaufenthalt sind wir gerne für Sie da. Wenn Sie Fragen zu Ihren medizinischen oder pflegerischen Anliegen haben, erreichen Sie uns unter:

Tel.: 030 5518 2440, E-Mail: PflegeDienst.Station3F@sana.de

Information Regarding Your Child's/ Children's Stay During the Months of October Through March

You may have already looked into this topic or been made aware of it by family members or friends: Between October and March, you have the option to have your child vaccinated against the respiratory syncytial virus (RSV). This helps protect against severe RSV infections, which can lead to serious respiratory illnesses, particularly in newborns and infants.

We will provide you with a detailed information sheet regarding this. Please take the time to read it carefully. Of course, our doctors are always available to answer any questions or discuss this further with you.

If you consent to the immunization, please return the signed form to us. If you do not consent, please sign the designated field and return the form to us as well.

