
**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG /
ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN**

Ich

.....
Vorname, Name (Kindesmutter)

.....
Unterschrift

.....
Vorname, Name (Kindesvater)

.....
Unterschrift

.....
Vorname, Name (vollj. PatientIn oder sonstiger gesetzlicher Vertreter) Jgd. Unterschrift ab 14 Jahren

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis für Kinder – und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, Peter Lampe und Christine Zbick-Schmitt, die Patientendaten meines Kindes/Jugendlichen:

.....
(Name, Geburtsdatum)

erhoben und verarbeitet werden. Das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen (Homepage), zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen
- Über die Freiwilligkeit der Einwilligung und das Recht diese zu widerrufen.

Ich bin informiert, dass i.R. der von mir gesondert erteilten Schweigepflichtsentbindungen:

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen ÄrztInnen / PsychotherapeutInnen und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere ÄrztInnen / PsychotherapeutInnen und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung der gesamten Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen (per SMS und/ oder Mail), sowie der Behandlung über Videospreechsstunde einverstanden. (bei Einwilligung bitte ankreuzen!)

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift aller Sorgeberechtigten, bzw. volljährige ab 14 J. PatientInnen