



Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Stand 06/2019

Ich, _____
(Name, Vorname des unterzeichnenden Elternteils/Sorgeberechtigten/Patienten)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Timnik & Dr. Reiter Patientendaten meines Kindes/meiner Kinder bzw. Pflegekinder/anderweitig Schutzbefohlenen (ab jetzt nur noch „Kind/Kinder“) oder von mir selbst:

_____ (Name/n (falls abweichend), Vorname und Geburtsdatum des/der Kindes/er)

erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich 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.

Ich erkläre mich einverstanden (4 Punkte: wir empfehlen zuzustimmen, Sie können aber auch streichen), dass

- die Praxis Dr. Timnik & Dr. Reiter die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde meiner o.g. Kinder bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordert.
- die Praxis Dr. Timnik & Dr. Reiter meine o.g. Kinder betreffenden Behandlungsdaten und Befunde im Falle eines Wechsels zu einem anderen Kinder- und Jugendarzt oder zu einem Hausarzt an diesen übermittelt, bzw. dass die gespeicherten Daten von einem neuen Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt angefordert werden können.
- die im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht in der Praxis hinterlegten Daten dürfen bei Übernahme der Praxis an einen Nachfolger übergeben werden.
- die Praxis Dr. Timnik & Dr. Reiter **die für die weitere Behandlung erforderlichen** Behandlungsdaten und Befunde meiner o.g. Kinder an andere meine o.g. Kinder behandelnden Ärzte oder Leistungserbringer zum Zwecke der weiteren Behandlung und der zu führenden Dokumentation übermittelt (z.B. Labor oder wenn Ihr Haus-Kinder- und Jugendarzt einen Brief von uns bekommen soll).

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.

Optional (bitte ankreuzen, insbesondere wegen Terminerinnerungen):

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten für folgende, über die Behandlung hinaus gehende, Zwecke zu:
Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen ausschließlich durch die Praxis (z.B. Erinnerung an Vorsorgen oder an Bodytermine).

Neusäß, den _____,
(Datum, Unterschrift des Elternteils/Sorgeberechtigten)