

## Einwilligung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Name des/ der Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des/der Patienten: \_\_\_\_\_

Um ärztlich tätig zu werden, korrekte Diagnosen zu stellen und angemessene Therapien zu empfehlen ist es für uns als Ihre Kinderarztpraxis notwendig, personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten (nach Artikel 9 der DSGVO) zu erheben.

Ich, als Erziehungsberechtigter des/der o. g. Patienten, erkläre mich einverstanden, dass in der o. g. Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten 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.

Frankfurt, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

Des Weiteren willige ich ein, dass Daten auch nach der gesetzlichen Mindestaufbewahrungsfrist weiterhin gespeichert bleiben.  
Diese Einwilligung ist jederzeit schriftlich widerrufbar.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter