

Einwilligungserklärung für Patienten

Patient (Name, Vorname): _____

geboren am: _____

Eltern (Name, Vorname): _____

E-Mail Adresse/Faxnummer: _____

Einwilligungserklärung:

Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und unabhängig von der Behandlung Ihres Kindes. Sie können die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Einwilligungserklärung zum Datenaustausch personenbezogener Daten mit anderen Leistungserbringern zu Behandlungszwecken

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Mein Kinderarzt wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich entbinde den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Befundübermittlung per Fax und E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde meines Kindes und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen, zur Optimierung der Behandlung per Fax oder in einem Kennwort geschützten Anhang einer Mail versenden werden.

Ich habe die **Informationen zur Datenverarbeitung** auf der Internetseite www.kinderarzt-haldensleben.de gelesen und zur Kenntnis genommen. (Auf Wunsch wird auch die Information zur Datenverarbeitung ausgehändigt.)

Datum

Unterschrift