

AnthroMed Öschelbronn • Am Eichhof 40 • 75223 Niefern-Öschelbronn

**Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

Ich

.....

Vorname /Name/Geb.-datum

erkläre mich als Erziehungsberechtigte/r für mein Kind

.....

Vorname/Name/Geb.-datum

einverstanden, dass durch die Kinderarztpraxis Dr.med.Horst Markmann im MVZ AnthroMed-Oeschelbronn meine Patientendaten/ bzw. die meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Ich versichere, umfassend zum Thema Datenschutz aufgeklärt worden zu sein.

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/bzw. mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychologen/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

- mich/bzw. mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich/mein Kind behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Darunter fallen beispielsweise Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte, genetische Befunde) in Anspruch genommen werden, die für die Diagnosestellung und Behandlung erforderlich sind.

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

**Optional: (bitte ankreuzen)**

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu.

Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen-mündlich, schriftlich und elektronisch-per Telefon, SMS, e-mail, Post oder Fax, über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ich entbinde den behandelnden/verordnenden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber

.....

Zwecks eines Gespräches über pädagogische/gesundheitsrelevante Fragen meines Kindes.

....., den .....

(Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters)

|                     |                       |                         |                                      |              |  |
|---------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------------|--------------|--|
| <b>Onkologie</b>    | <b>Rheumatologie</b>  | <b>Allgemeinmedizin</b> | <b>Innere Medizin (hausärztlich)</b> | Telefon      | <b>Kinder- und Jugendmedizin</b>               |
| <b>Hämatologie</b>  | <b>Innere Medizin</b> | Dr.Claudia Gerlach      | Renate Schweigert                    | 07233 68 125 | <b>Pädiatrische Pneumologie • Allergologie</b> |
| Dr.O.Hartmut Rieß   | Dr.Lars Gerlach       | Petra Otto              | <b>Neurologie</b>                    | Telefax      | Dr.Horst Markmann                              |
| Dr.Annette Gerhards |                       | Matthias Nabrotzki      | Andreas Rivoir                       | 07233 68 287 | Telefon 07233 68 142 • Telefax 07233 68 163    |