

**Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung  
von Patientendaten**

Ich

---

Vorname, Name

erkläre mich als Erziehungsberechtigte/r für mein Kind

---

einverstanden, dass in der Kinderarztpraxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde informiert und konnte ausreichend Rückfragen stellen.

- 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 Leitungserbringern 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. Darunterfallen 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 Zukunftwiderrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

*Optional (falls Sie einverstanden sind, 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 über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw. Gesetzlichen Vertreters