

Behandlungseinverständnis und Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Sorgeberechtigt sind (bitte ankreuzen):

- Vater & Mutter, Mutter & Mutter, Vater & Vater
- Mutter allein
- Vater allein
- Sonstige:

	Name	Vorname	geb.am
Kind			
Sorgeberechtigte(r) (1)			
Sorgeberechtigte(r) (2)			

Einverständniserklärung

**Ich wurde / Wir wurden darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die
Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert.**

Ich / Wir erkläre/n mich/ uns einverstanden, dass mein/ unser o.g. Kind zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung in der psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche von Eva Gräder- Marschall vorgestellt wird.

Ich / Wir erkläre/n mich/ uns außerdem damit einverstanden, dass in der psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche von Eva Gräder- Marschall die Patientendaten meines / unseres o.g. Kindes erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Ich / Wir erkläre/n mich/ uns außerdem damit einverstanden, dass zur Diagnostik online Fragebögen über die Hogrefe Plattform von Hasomed verschickt und ausgewertet werden. Hierfür ist die Übermittlung des Vor- und Zunamens und das vollständige Geburtsdatum notwendig.

Wir wurden im Behandlungsvertrag der Praxis Eva Gräder- Marschall umfangreich u.a. zum Datenschutz in der Praxis aufgeklärt, zu welchem ich/ wir auch Rückfragen stellen konnte/n

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich/wir erkläre/n mich / uns einverstanden, dass

- das o.g. Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- das o.g. Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Es ist mir / uns bekannt, dass ich / wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann / können. Ich bin / wir sind über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

- Ich / Wir stimme/n der Nutzung der Daten meines / unseres Kindes zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich / sind wir mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)1

Unterschrift
Sorgeberechtigte(r)2