



Einverständnis zum Datenschutz

- zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V -

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum (**Kind**)

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,

anlässlich der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen europäischen Datenschutz Grundverordnung (EU-DSGVO) möchten wir Sie bitten, folgendes zu beantworten und uns die Zustimmung zur Informationsweitergabe zu erteilen.

- Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die Praxis Hübbers-Kohlhaas mit mir/uns in Kontakt treten darf, z. B. für Terminvereinbarungen, Terminerinnerungen (Recall), Terminbestätigungen, Änderungen im Praxisablauf, Mitteilungen über Urlaubszeiten usw. per:
 - Telefon, z. B. Anruf, SMS
(Telefonnummer:))
 - E-Mail
(Mail-Adresse:.....))
 - Brief
(Adresse:))

Dies gilt auch für geänderte Kontaktdaten. Neue Telefonnummern oder Mailadressen oder Umzug werde/n ich/wir der Praxis umgehend mitteilen.

- Gemäß §73 1b SGB V willige/n ich/wir hiermit ein, dass die Praxis Hübbers-Kohlhaas personenbezogene Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, Befunde und krankheitsbezogene Informationen bei anderen Leistungserbringern (Kinder-, Haus- Facharzt, Labor, Klinik, Psychotherapeuten, Ergo-/Logo-/Physiotherapeuten) einholt und von uns erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken, Therapeuten bei Bedarf übermittelt. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass dies auch per Telefon (Anruf) erfolgen und per Fax oder E-Mail versandt werden darf.

Die Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz (EU-DSGVO) wurde mir/uns ausgehändigt.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig und wir möchten uns für die Beantwortung bedanken.

Ihr Praxisteam
der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Stephanie Hübbers-Kohlhaas

Mir/Uns ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden.

.....
Ort, Datum Unterschrift (**Mutter**)

.....
Ort, Datum Unterschrift (**Vater**)

.....
Ort, Datum Unterschrift (**andere Sorgeberechtigte**)