**Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung**

**von Patientendaten**

Name der Patientin / des Patienten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich / Wir erklären uns einverstanden, dass in der **Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** des **Evangelischen Klinikums Bethel gGmbH** die Patientendaten meines / unseres Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir / Uns wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu welchem auch Rückfragen gestellt werden konnten über

* den Umfang und die Art der Daten
* die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
* und die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen sowie die sich daraus ergebenden Folgen.

Ich erkläre mich / Wir erklären uns einverstanden, dass

* die betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
* die betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde Ärzte, Psychotherapeuten und weitere Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Mir / Uns ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin / Wir sind über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

*Optional:*

**□** Ich stimme / Wir stimmen der Nutzung der Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich / sind wir mit Klinikmailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Gesetzlicher Vertreter 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Gesetzlicher Vertreter 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Patienten (ab 15. Lebensjahr)