**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 Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und weiteren Leistungserbringerinnen und -erbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
* die betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und weitere Leistungserbringerinnen und -erbringer 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 Gesetzliche/r Vertreter/in 1

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

Ort, Datum Unterschrift Gesetzliche/r Vertreter/in 2

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

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