

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

PLZ/Stadt: _____

Wir/ich erkläre/n uns/mich einverstanden, dass Ärzte und
Therapeuten, die an der Behandlung unserer Tochter/unsere
Sohnes /meiner Behandlung mitarbeiten, zu folgenden
Institutionen Kontakt aufnehmen und Informationen
(Patientendaten) erhoben und verarbeitet werden.
Mir wurde angeboten ein Informationsblatt zum Datenschutz
ausgehändigt zu bekommen, Rückfragen zum Umfang und der
Art meiner Daten, den Rechtsgrundlagen der Verarbeitung und
den Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und den Folgen
waren möglich.



**Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
Bielefeld am EvKB
Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Gadderbaumer Straße 41
33602 Bielefeld

Tel: 0521 772-78405
Fax: 0521 772-78382
E-Mail kjpp@mvz-bi.de
Internet mvz-bi.de

MVZ Bielefeld gGmbH
Sitz der Gesellschaft
Schildescher Straße 99 | 33611 Bielefeld

Geschäftsführung
Thorsten Kaatz

Sparkasse Bielefeld
IBAN DE56 4805 0161 0006 4408 53
BIC SPBIDE33XXX

St.-Nr.: 349 /5995/0434
Amtsgericht Bielefeld
HRB 38712

Institution:

Tel.: _____

Fax: _____

Ansprechpartner:

Verwendungszweck/ Art der Patientendaten:

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

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Datum

Unterschrift des Patienten ab dem 15. Lebensjahr