

Kontaktaufnahme	
<p>Ich willige ein, dass mich die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH und seine Mitarbeiter wegen Inhalten, die im Zusammenhang mit der Behandlung meines Kindes stehen (Terminerinnerung /-verschiebung, Befundmitteilung, Therapieplanung, etc.), kontaktieren kann:</p>	
<p>A) per Telefon: <u>Telefonnummer/n (Festnetz und Handy):</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
<p>B) per Email: <u>E-Mail-Adressen:</u></p> <p>Mutter: _____</p> <p>Vater: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Datenübermittlung und -einsicht Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH	
<p>Ich willige ein, dass das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH, sofern erforderlich, Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der optimierten Diagnostik und Behandlung an die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH übermitteln und entsprechende Behandlungsdaten und Befunde der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH einsehen darf.</p> <p>Falls ja, für folgende Abteilungen:</p> <p> <input type="checkbox"/> Stationäre Aufenthalte <input type="checkbox"/> Ambulanzen <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> MVZ </p>	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)	
<p>Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir benannte Person:</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> ja
<p>zum Zwecke:</p> <p>_____</p> <p>übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.</p>	<input type="checkbox"/> nein

Den Eltern wurde eine Kopie dieses Schreibens mitgegeben.

Ich wurde auf den Aushang „Informationspflicht bei der Erhebung personenbezogener Daten“ hingewiesen (hängt in den beiden Wartebereichen des SPZ in Haus 1 und 2 aus).

Ort, Datum

Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 J.)