



Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vom SPZ auszufüllen:

Datum: _____

Gelesen: _____

Einwilligungserklärung Datenschutz

(Rechtsgrundlage: Art. 6 I lit a., 7 und 9 II lit. a DSGVO)

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Einwilligung kann verweigert werden.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung der entsprechenden personenbezogenen Daten statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an das SPZ der Kinderklinik St. Marien. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Zugriff auf bestehende Patientendokumentation des SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH

Ich willige ein, dass das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien meine vorhandenen medizinischen Behandlungsdaten und Patientenakten (einschließlich Befunde, Arztbriefe, Diagnosen, Therapie- und Abrechnungsdaten – sowohl in digitaler als auch papiergebundener Form), die im Rahmen meiner bisherigen Behandlung durch das SPZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH erhoben wurden, einsehen, speichern, verarbeiten und für meine weitere medizinische Behandlung nutzen darf.

☐ ja

Hinweis: Sofern Sie in die Nutzung Ihrer bestehenden Behandlungsdaten nicht einwilligen, dürfen diese Daten nicht durch uns eingesehen oder verwendet werden. Dies kann zur Folge haben, dass bereits vorhanden Befunde, Diagnosen, Vorbehandlungen und Therapieverläufe nicht berücksichtigt werden können, notwendige Untersuchungen oder Behandlungen erneut durchgeführt werden müssen und/oder eine kontinuierliche und vollständige medizinische Weiterbehandlung erschwert oder eingeschränkt ist. Die Entscheidung über Ihre Einwilligung hat keine rechtlichen Nachteile für Sie.

☐ nein

Datenübermittlung an Kinderarzt / Hausarzt / Facharzt / andere Einrichtung

Ich willige ein, dass das SPZ der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde (z.B. Labor, EEG, genetische Befunde) an folgenden Arzt / Einrichtung zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

☐ ja

Falls ja, bitte Name und Anschrift des Kinderarztes / einweisenden Arztes / etc. angeben:

Hinweis: Ohne Ihre Einwilligung ist die Übermittlung der behandlungsrelevanten Informationen an den vor-, mit- und nachbehandelnden Arzt / Einrichtung nicht möglich. In diesem Falle obliegt Ihnen die Verantwortung zur Weiterleitung der Befunde.

☐ nein

Ich willige ein, dass das SPZ der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien die bei meinem Kinderarzt / Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, die für meine aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ ja

Falls ja, bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen und ggf. ergänzen.

☐ siehe Arzt / Einrichtung unter Nr. 1

☐ anderer/weiterer Arzt / Einrichtung, bitte Name und Anschrift angeben:

☐ nein

Ich willige ein, dass medizinische Befunde und Arztbriefe über den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) elektronisch an die oben genannten Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden dürfen. Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt und gemäß den datenschutzrechtlichen Vorgaben.

☐ ja

☐ nein



AM05010102

Fotodokumentation	
Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass von meinem Kind und mir ein Foto gemacht wird. Dies dient der leichten Identifikation bei Fallbesprechungen. Das Foto wird ausschließlich in der Patientenakte aufbewahrt.	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Kontaktaufnahme	
Ich willige ein, dass mich das SPZ der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien und seine Mitarbeitenden wegen Inhalten, die im Zusammenhang mit der Behandlung meines Kindes stehen (Terminerinnerung /-verschiebung, Befundmitteilung, Therapieplanung, etc.), kontaktieren kann:	
A) per Telefon:	<input type="checkbox"/> ja
Telefonnummer/n (Festnetz und Handy): _____	<input type="checkbox"/> nein
B) per Email:	<input type="checkbox"/> ja
Mutter: _____	<input type="checkbox"/> nein
Vater: _____	
Darüber hinaus stimme ich der Kontaktaufnahme in Bezug auf die Teilnahme an medizinischen Studien / Forschungen (auch nach abgeschlossener Behandlung) zu. Diese erfolgt unter den zuvor angegebenen Kontaktdaten.	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Datenübermittlung und -einsicht LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien	
Ich willige ein, dass das SPZ der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien, sofern erforderlich, Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der optimierten Diagnostik und Behandlung an die LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien übermitteln und entsprechende Behandlungsdaten und Befunde der LA-Regio Kliniken gKU Kinderklinik St. Marien einsehen darf. Falls ja, für folgende Abteilungen: <input type="checkbox"/> Stationäre Aufenthalte <input type="checkbox"/> Ambulanzen <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Datenweitergabe (z.B. Dolmetscher, Familienhelfer, etc.)	
Ich willige ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die von mir benannte Person: _____ zum Zwecke: _____ übermittelt werden dürfen und dieser Person Auskunft erteilt werden darf.	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Kopie dieser Einwilligung	
Ich wünsche eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

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.)