

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung

**Ich,**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**erkläre mich einverstanden,** dass in der Praxis Dr.Langner / Prof. Dr. Steiß die Patientendaten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsflyer zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt

**Ich erkläre mich einverstanden, dass**

- mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Psychotherapeuten und Leistungserbringern (Krankenhäuser) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weitere mein Kind behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten und 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.

**Hiermit erteile ich eine Vollmacht,** die nachfolgende Person/en zum Abholen von Rezepten, Überweisungen, Befunden befähigt:

Meinen Partner

Oma / Opa

Schwester / Bruder

\_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters