

**Einwilligungserklärung Kinder
zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten**

Datei: GNG_Patienteneinwilligung_Kinder_Übermittlung_von_Daten_190821k



Name des Kindes

Vorname des Kindes

Geb.-Datum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Eltern der Patientin/ des Patienten,

wir möchten Ihr Kind medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es erforderlich sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen sie dem gng – Gesundheitsnetz Gießen, MVZ die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass – sofern medizinisch erforderlich – Behandlungsdaten meines Kindes an die mitbehandelnden Ärzte oder mitbehandelnde Leistungsbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten meines Kindes an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungsbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir Informationen über die Behandlung Ihres Kindes herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst. Voraussetzung für die Herausgabe an berechtigte Dritte, ist immer eine vorherige Identitätsprüfung (z. B. anhand des Personalausweises).

<p>(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse eintragen)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Rezepte<input type="checkbox"/> Befunde<input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
<p>(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse eintragen)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Rezepte<input type="checkbox"/> Befunde<input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten

3. Widerruf

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

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass Ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zugleich den Empfang dieser Niederschrift.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Eltern/ gesetzliche/r Vertreter/in der Patientin/des Patienten)