

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

### PatientInnen ab 14 Jahre

Name, Vorname: ..... geb. ....  
(Patient/in)

hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Kronshagen, Carolin Zeugke, Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte über den Umfang und die Art meiner Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen und Therapien zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und Auskünfte erteilt werden können an:

1. Hausarzt/ Kinderarzt / Facharzt / Kliniken:

.....  
.....

2. Kindergarten / Schule / Hort / Heim:

.....  
.....

3. Therapeuten (Frühförderung / Ergotherapie / Logopädie / Physiotherapie / Psychotherapie)

.....  
.....

4. Jugendamt / Jugendhilfe / Eingliederungshilfe / Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)

.....  
.....

5. Andere

.....  
.....

- Hiermit willige ich ein, dass die Mitarbeiter der Praxis zum Zwecke der Terminvereinbarung mich per Telefon, Fax oder Email kontaktieren dürfen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Befunde und Erklärungen, die ich dem Arzt/ der Ärztin / den Mitarbeitern der Praxis gegenüber anvertraut habe.

Die Gültigkeit bleibt so lange bestehen, bis diese von mir (schriftlich) widerrufen wird.

---

Ort, Datum

Unterschrift