

Datenschutzerklärung Vertretungspatienten

Angaben zum Kind	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Krankenkasse (falls Versicherungskarte nicht dabei):	

Angaben zu den Sorgeberechtigten	
Sorgeberechtigter 1 (Rechnungsempfänger)	Sorgeberechtigter 2
Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>
Sonstige Person:	Sonstige Person:
Name, Vorname, Adresse:	Name, Vorname, Adresse:

<p>Einwilligungserklärung zum <u>Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern</u> zu Behandlungszwecken</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass mein Kinderarzt Informationen zu Befunden und Behandlungen bei anderen Leistungserbringern, bei denen mein Kind in Behandlung ist (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten), einholt und an diese weitergibt, soweit dies für die Behandlung meines Kindes erforderlich ist. Mein Kinderarzt wird diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Ich entbinde den Kinderarzt und die anderen Leistungserbringer insofern von der Schweigepflicht.</p>

<input type="checkbox"/> Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich erhalten.
--

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten