

Schweigepflichtentbindung

Die Informationspflichten gegenüber Patienten gem. Art. 12 ff. DS-GVO, die in der Anlage im Einzelnen aufgeführt sind, habe ich zur Kenntnis genommen.

Deren Inhalte sind mir verständlich und bewusst geworden. Ich bestätige dies ausdrücklich durch meine Unterschrift. Daraufhin lege ich folgendes fest:

NAME, Vorname des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung ein Informationsaustausch und eine Datenübermittlung wechselseitig zwischen dem Klinikum

- dem Kinderarzt/ Hausarzt _____
- der Kinderklinik Wolfsburg/ Prof. Dr. med. Bauer _____
- dem Augenarzt _____
- dem HNO-Arzt / Pädaudiologen _____
- dem Orthopäden _____
- den weiteren Ärzten/ Kliniken _____
- dem Therapeuten _____
- der Frühförderstelle _____
- dem Kindergarten _____
- der Schule/ Hort _____
- dem Gesundheitsamt _____
- dem Sozialamt _____
- dem Jugendamt _____
- _____

erfolgt.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligungen einzeln ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en des/der
Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten

! Bitte ab hier nichts mehr eintragen. Wird bei Bedarf gemeinsam mit Arzt/Psychologe/Therapeut ausgefüllt!

Die Schweigepflichtentbindung / Datenübermittlung wurde am _____ ergänzt.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligungen einzeln ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig

Ort/Datum

Vorname und FamilienNAME in Druckbuchstaben und Unterschrift/-en des/der
Gesundheitsfürsorgeberechtigten/Sorgeberechtigten