**Einverständniserklärung mit der Behandlung und der Datenverarbeitung**

Ich habe das Sorgerecht für das Kind:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, und bin mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis Dr. Fabian Schneider (durch alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Praxis) einverstanden.

Da es uns wichtig ist, beide Elternteile in die Behandlung miteinzubeziehen, würden wir uns freuen, wenn Sie sich zwecks Vereinbarung eines Elterngespräches bei uns am Empfang melden.

**Patienteninformation zum Datenschutz:** Wir weisen Sie hiermit darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung (Schweigepflichtsentbindung) erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und anderer Helfersysteme nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

**Einwilligung in die Datenverarbeitung:**

Ich habe das Sorgerecht und bin einverstanden, dass die Daten meines Kindes zu Behandlungs- und Abrechnungszwecken im Computersystem der Praxis gespeichert, an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abrechnung weitergegeben werden und dass wir mit Ihnen zwecks Terminvereinbarungen ggf. über E-Mail kommunizieren dürfen, ohne dabei Namen zu nennen.

Falls eine Überweisung vorgelegt wurde, bin ich einverstanden, dass ein Befundbericht an den Überweiser geschickt wird (den ich jederzeit einsehen kann).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Mutter Unterschrift des Vaters

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name bitte leserlich Name bitte leserlich

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil-Telefonnr. Mobil-Telefonnr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Festnetz-Telefonnr. Festnetz-Telefonnr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse E-Mail-Adresse