



Liebe Patienten, liebe Eltern,

aufgrund neuer Datenschutzrichtlinien bitten wir um folgende Angaben:

(Angaben freiwillig, bitte lesen Sie das Blatt: „Patienteninformation zum Datenschutz“)

Schwangerschaft und Geburt:

Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei der Schwangerschaft oder der Geburt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Angaben zum Kind:

Name: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Angaben zu den Eltern:

Name, Geburtsdatum, Beruf der Mutter: _____

Name, Geburtsdatum, Beruf des Vaters: _____

ledig verheiratet geschieden

Wer hat das Sorgerecht? _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung bzw. Übermittlung von Patientendaten

Ich (Vorname, Name) _____

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Harald Rapp Daten von mir und meinem Kind 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/meines Kindes
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich/mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich/mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen/erhalten

Ich werde Änderungen, vor allem bezüglich Sorgerecht bekannt geben

Bruchsal, Datum: _____ Unterschrift/gesetzlicher Vertreter: _____

Mutter Vater