

## **Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung in der Kinderarztpraxis Elsener Straße (GbR)**

Ich/Wir,

---

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname des/der Sorgeberechtigten als gesetzliche/r Vertreter von)

Vor- und Nachname Kind

---

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

---

wohnhaft in \_\_\_\_\_

---

bestätige/n, die Datenschutzinformation der Praxis zur Kenntnis genommen zu haben. Ich/Wir willige/n ein, dass die Kinderarztpraxis Elsener Straße GbR, vertreten durch Frau Dr.med. Dorothee Poppe, Frau Dr.med. Claudia Jost und Herrn Eike Schotten, die in der Datenschutzinformation genannten personenbezogenen Daten von mir/uns und von meinem/unserem Kind zu den dort genannten Zwecken erhebt, verarbeitet und nutzt.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Praxis alle für die medizinische Behandlung meines/unseres Kindes notwendigen Gesundheitsdaten erhebt, speichert und im Rahmen der Behandlung verwendet. Ich/wir willige/n ein, dass die Praxis meine/unsere Daten und die Gesundheitsdaten meines/unseres Kindes im erforderlichen Umfang übermitteln darf (z.B. an Fachärzte bei Überweisungen zur Mitbehandlung, an Heilmittelerbringer bei Heilmittelverordnungen). Ich/wir willige/n ein, dass die Praxis mich/uns per SMS, E-Mail, Telefon oder Praxis-App kontaktieren darf.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Kinderarztpraxis Elsener Straße (GbR) widerrufen kann/können. Der Widerruf kann formlos erfolgen (z.B. mündlich, schriftlich, per E-Mail). Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Ort und Datum

---

---

Unterschrift/en der Sorgeberechtigten

---

Unterschrift des Patienten (wenn einwilligungsfähig)

---