

**Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten****Name und Geburtsdatum des Patienten:** \_\_\_\_\_

**1.** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Valeara MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik GmbH meine persönlichen Daten und Befunde erhoben und verarbeitet werden. Das Praxispersonal hat Einsicht in diese Daten. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichtserklärung unterschrieben haben. Ein Informationsblatt zum Datenschutz hängt gut sichtbar im Wartezimmer aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

**2.** Alle Ihre Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**. Gespräche mit Dritten (z. B. Erzieher/-innen, Lehrer/-innen o. ä.) erfolgen nur, nachdem Sie uns schriftlich von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden haben.  
Die Weitergabe der Daten an weitere Praxispartner oder –nachfolger erfolgt mit meinem Einverständnis.

**3.** Wer ist der Haus- bzw. Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Der Haus- oder Kinderarzt erhält nach Abschluss der diagnostischen Untersuchungen einen Arztbrief. Mit der Übermittlung des Berichtes bin ich einverstanden:

☐ ja      ☐ nein

**4.** Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik GmbH über die vorliegenden Kontaktdaten mit mir Verbindung aufnehmen kann, um Termine zu vereinbaren und Informationen auszutauschen.

Am besten bin ich wie folgt erreichbar:

☐ schriftlich    ☐ telefonisch    ☐ per SMS    ☐ per E-Mail

5. Ich stimme zu, dass mich das MVZ per E-Mail kontaktiert.

6. Den (dem) oben genannten Punkt(en) \_\_\_\_\_ widerspreche ich hiermit.

---

Datum

---

Unterschrift

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.