DIAKONIE NORD·NORD·OST
Damit es dir gut geht.

Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Als Sorgeberechtigte*r der oben genannten Person erkläre ich mich/erklären wir uns mit der ambulanten Behandlung in folgender Institutsambulanz der Fachklinik für Junges Leben einverstanden:

☐ Lübeck ☐ Eutin ☐ Büchen

Ich habe die Erklärung zum Datenschutz (CL 3.2.3-11) erhalten, verstanden und erkläre mich mit der Nutzung meiner Daten einverstanden.

Mir ist bekannt, dass auch im Rahmen der Behandlung erhobene Daten gemäß der gesetzlichen Pflichten aufbewahrt werden und ich im Rahmen des Sorgerechts jederzeit Einsicht erhalten darf.

Mit ist bekannt, dass ich eine einmal erteilte Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Ich bin darüber informiert worden, dass alles, was ich personenbezogen über andere Patient*innen und deren Angehörige erfahre, der Schweigepflicht untersteht und weder weiter genutzt noch an Dritte weitergeleitet werden darf.

Sollte ich mein Einverständnis mit der Behandlung oder mit einzelnen Punkten dieser Erklärung zurückziehen, werde ich mich umgehend mit der Klinik in Verbindung setzen.

☐ Ich bin damit einverstanden, ☐ Ich bin nicht damit einverstanden,

dass von meinem/unserem Kind im Rahmen des Diagnostik- und/oder Behandlungsprozesses **Videoaufzeichnungen** angefertigt werden dürfen. Diese Videoaufzeichnungen können für Supervision/Intervision/Visiten oder zur internen/externen Fortbildung genutzt werden (nicht Zutreffendes bitte durchstreichen). Derartige Bild- und Tonaufzeichnungen unterstehen ebenso wie alle anderen Dokumentationen der Schweigepflicht. Alle Personen, die mit den Aufzeichnungen in Kontakt kommen, unterliegen einer strengen ärztlichen Schweigepflicht, die gesetzlich geregelt ist. Auch werden keine Aufzeichnungen gegen den Willen des Kindes angefertigt.

☐ Ich bin damit einverstanden, ☐ Ich bin nicht damit einverstanden,

dass im Zuge von **Diagnostik** für einige Untersuchungen Daten auch digital aufgezeichnet werden (HAWIK-IV, K-ABC2, CBCL/TRF/YSR, KiTAP, TAP, QB-Test u.a.). Mir ist bekannt, dass die Daten - soweit möglich - anonymisiert werden (gebraucht werden meist nur Geschlecht und Alter) und nach Gebrauch gelöscht werden.

Videosprechstunde: In bestimmten, natürlich mit Ihnen abgesprochenen Fällen, bieten wir die Möglichkeit der Videosprechstunde an.

☐ Ich bin damit einverstanden, ☐ Ich bin nicht damit einverstanden,

dass die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch den Anbieter Healthy Projects GmbH im Rahmen der Videosprechstunde vorgenommen wird. Meine Erklärung erfolgt auf freiwilliger Basis.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Speicherung wird dadurch aber nicht berührt. Ihren Widerruf erklären Sie durch schriftliche Mitteilung an die Verwaltung der oben angekreuzten Institutsambulanz. Nach dem Widerruf ist die Nutzung der Videosprechstunde nicht mehr möglich. Weitere Einzelheiten finden Sie in der Datenschutzerklärung. https://webprax-f2f.de/datenschutz.

☐ Ich bin damit einverstanden, ☐ Ich bin nicht damit einverstanden,

dass meine E-Mail-Adresse an Healthy Projects GmbH, Parkstraße 10, 50968 Köln zwecks Erhalt des Zugangslinks übermittelt wird.

Für die Nutzung der Plattform webPRAX / webPRAX-f2f für die Videosprechstunde wünsche ich die Zusendung:

eines Gastzugangslinks an meine E-Mail-Adresse

E- Mailadresse zur Versendung des Links:

_____

Anmerkungen/Einschränkungen:

_____

_____

Ich willige ein, dass die Gesundheits- und Patientendaten der/des Patientin/Patienten gespeichert und zwecks Weitergabe zur Abrechnung an die Krankenkassen und weiterer Kostenträger verarbeitet werden.

☐ Lübeck ☐ Eutin ☐ Büchen, den _____

_____

Vor- und Nachname des 1. Sorgeberechtigten Unterschrift

_____

Vor- und Nachname des 2. Sorgeberechtigten Unterschrift

Bitte die Einverständniserklärung **unbedingt von beiden Sorgeberechtigten** unterschrieben an uns zurückgeben. Danke.