

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

## **Einverständniserklärung**

### **Datenschutzbestimmungen**

Wenn Sie bei uns Patient sind oder werden wollen verarbeiten wir Ihre Daten entsprechend unserer Datenschutzbestimmungen.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin.
- Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Verarbeitung meiner Daten nicht einverstanden bin. Eine Behandlung kann dann nicht stattfinden.

*Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Vormunds*

---

### **Bild- und Videoaufnahmen Patientenakte**

Zur Erleichterung der Arbeit unseres Teams können wir ein Bild des Patienten anfertigen und in der Patientenakte hinterlegen.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit einem Bild in der Patientenakte einverstanden bin.
- Hiermit erkläre ich, dass ich kein Bild in der Patientenakte haben möchte.

*Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Vormunds*

---

### **Bild- und Videoaufnahmen Therapie**

Für manche Therapien und Diagnostiken kann es sinnvoll sein Bild- und Videoaufnahmen anzufertigen. Diese können den Fortschritt und Veränderungen aufzeigen und zur Auswertung mit Fachkollegen genutzt werden.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit dem Anfertigen von Bild- und Videoaufnahmen während der Therapie einverstanden bin.
- Hiermit erkläre ich, dass ich keine Bild- und Videoaufnahmen während der Therapie möchte.

*Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Vormunds*

---

### **Verarbeitung zu Forschungszwecken**

Es kommt immer wieder vor, dass Forschende pseudonymisierte Patientendaten zur Auswertung nach bestimmten Kriterien benötigen.

- Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit der Verarbeitung meiner pseudonymisierter Daten zu Forschungszwecken einverstanden bin.
- Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Verarbeitung meiner Daten zu Forschungszwecken nicht einverstanden bin.

*Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Person oder Vormund*

---