

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 pseudonymisierten Daten zu Forschungszwecken einverstanden bin.

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Verarbeitung meiner Daten zu Forschungszwecken nicht einverstanden bin.

✗

\_\_\_\_\_  
*Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Vormunds*

### Terminreminder per SMS

Wenn Sie möchten schicken wir Ihnen SMS zur Erinnerung an Ihren Termin.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen gelesen habe und mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden bin. Ich werde per SMS an Termine erinnert.

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Verarbeitung meiner Daten nicht einverstanden bin. Ich bekomme keine Erinnerungs-SMS.

✗

\_\_\_\_\_  
*Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten oder des Vormunds*