



Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO zur Datenübermittlung

Patientendaten (Kind/Jugendlicher):

Name _____ Vorname _____ geboren am _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl/Ort _____

Ich

- bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mein Kind betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an den Vor- und Weiterbehandler (insbesondere den **Kinderarzt**) zum Zwecke der (zentralen) Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.
- bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei dem Vorbehandler und dem Kinderarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit diese für die Krankenhausbehandlung meines Kindes erforderlich sind. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.
- bin damit einverstanden, dass medizinische Unterlagen auch per Telefax übermittelt werden dürfen.

| | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendarzt/ärztin | |
| Name _____ | Anschrift _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Kinder-/ Jugendpsychiater/in | |
| Name _____ | Anschrift _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Kinder-/ Jugendpsychotherapeut/in | |
| Name _____ | Anschrift _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> zuständiges Jugendamt | |
| Name _____ | Anschrift _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |



| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zuständiger Lehrer/in bzw. Erzieher/in | |
| Name | Name der Schule/ des Kindergartens/ der Einrichtung |
| _____ | _____ |

| | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> sonst. Vor-/Weiterbehandler | |
| Name | Anschrift |
| _____ | _____ |

- Ich entbinde die Ärzte sowie Mitarbeiter der BKB Bergmannsheil und Kinderklinik GmbH gegenüber den Vor- und Weiterbehandlern meines Kindes zum Zwecke der oben genannten Datenweitergabe, sowie den angegebenen Einrichtungen/Lehrern/Erziehern zum Zwecke des Informations-austausches zum Wohle meines Kindes von der Schweigepflicht.

Die Anforderungen und Übermittlungen Ihrer personenbezogenen Daten erfolgen durch gesicherten Datentransfer ohne fremde Kenntnisnahme.

- Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß der in der Patienteninformation aufgeführten Zwecke ein. Ich habe die **Informationen für Patienten auf der Grundlage der Art. 12 ff. DSGVO (Datenschutzerklärung)** erhalten (bei stationärer Behandlung) bzw. kann die Information an der Patientenaufnahme einsehen (bei ambulanter Behandlung).

Zudem bin ich damit einverstanden, dass

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ein Foto meines Kindes in die Behandlungsakte eingefügt wird und auch wiederkehrend ein Foto gemacht wird. Dies dient der besseren Identifizierung meines Kindes und ggf. zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Im Rahmen der Diagnostik und Beratung in der Abteilung Neuropädiatrie/Sozialpädiatrie, Sozialpädiatrisches Zentrum kann eine videounterstützte Behandlung oder Befundung erfolgen. Beispielsweise erfolgt dies im Rahmen des Marte-Meo-Programms und der Autismus-Testung.

In diesem Zeitraum werden die Videoaufnahmen ggf. für die berufliche Weiterbildung/Supervision der Therapeuten genutzt. Hierfür erhalten externe Personen Einblick in die Aufnahmen. Der Name Ihres Kindes und das genaue Geburtsdatum werden anonymisiert, d.h. diese Daten werden nicht bekannt gegeben. Die Videoaufnahmen werden dafür auf einem externen Speichermedium gespeichert. Es werden **keine** Videoaufnahmen außerhalb der Kinderklinik gespeichert und die gemachten Aufnahmen werden nach Beendigung des Behandlungszyklus bzw. der Befundung gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ggf. eine videogestützte Behandlung/Befundung erfolgt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Patienteninformationen zur Datenerhebung im Rahmen einrichtungsübergreifender Qualitätssicherungsmaßnahmen bezüglich nosokomialer Infektionen / postoperativer Wundinfektionen, Herzschrittmacher-, Hüft- oder Knieendoprothesenoperationen u.a.



Alle Krankenhäuser, Vertragsärzte und Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Behandlungsdaten ihrer Patientinnen und Patienten für die Qualitätssicherung zu Behandlungen im Krankenhaus an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dessen Qualitätsinstitut zu übermitteln.

Für dieses Qualitätssicherungsverfahren werden zu mehreren Zeitpunkten Daten zu Ihrer Behandlung erhoben, mit Ihrer Krankenversicherten-Nummer verschlüsselt über eine sogenannte Vertrauensstelle an das Qualitätsinstitut des G-BA versendet und dort ausgewertet.

Hier werden strengste Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen beachtet. Diese gewährleisten, dass Ihre Daten so verwendet werden, dass keine Rückschlüsse auf Sie persönlich als Patient/Patientin gezogen werden können.

Behandlungsdaten, die erhoben werden, sind Informationen, wie z. B. Ihre Krankheitsgeschichte, die Art der Operation oder die Diagnose, die zu diesem Eingriff führte. Zusätzlich werden Daten Ihrer Krankenkasse verwendet, die den weiteren Verlauf bis zu einem Jahr nach Ihrer Operation zeigen.

Der G-BA hat dazu ein ausführliches Informationsblatt unter www.g-ba.de veröffentlicht, das wir Ihnen auf Wunsch gerne aushändigen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen Ihnen hieraus rechtlich keine Nachteile, allerdings wird die medizinische Behandlungskette wegen fehlender Behandlungsunterlagen ggf. unterbrochen und die Behandlung erschwert. Die Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Diese Einwilligungen können jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise gegenüber dem Krankenhausträger widerrufen werden. Ihnen entstehen hieraus keine Nachteile. Ihr Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handele als Sorgeberechtigter bzw. Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer.

Name, Vorname des 1. Sorgeberechtigten/Vertreters

Name, Vorname des 2. Sorgeberechtigten

Unterschrift des 1. Sorgeberechtigten/Vertreters

Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten