



Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem
Postfach 100 363 | 03003 Cottbus

Sozialpädiatrisches Zentrum
PD Dr. med. habil. G. Schwabe
Chefarzt

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Durchwahl

Datum

Telefon 0355 46-24 45
Telefax 0355 46-25 52
E-Mail infospz@mul-ct.de

Einwilligung in die Datenübermittlung

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO bzw.
Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a), h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V .m. § 73
Abs. 1b SGB V bei Kassenärztlicher Versorgung)

Fallnummer:
(Pat.-Etikett)

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt (Arztstempel)

die mein Kind betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/ Vor- und Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/ Vor- und Weiterbehandler.

Ja []

Nein []

Ferner bin ich damit einverstanden, dass mein o.g. Arzt die bei meinem Hausarzt/ Vorbehandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für die Behandlung meines Kindes

erforderlich sind, anfordern kann. Mein o.g. Arzt wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja ☐

Nein ☐

Mein Hausarzt/Ärztin ist:

Mein Vorbehandler ist:

Mein Weiterbehandler ist:

Name und Anschrift

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist an den o.g. Arzt zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten Ihres Kindes bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Cottbus, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)