

EINWILLIGUNG

zur Begleitung und Abholung von Unterlagen eines/r MINDERJÄHRIGEN durch nicht erziehungsberechtigte BETREUUNGSPERSONEN

Name des Kindes: _____

SVNR: _____

Erziehungsberechtigte(r): _____

Als Erziehungsberechtigte(r) bevollmächtige ich bis auf Widerruf folgende unten angeführte Personen, im Rahmen der Betreuung meines Kindes eine ärztliche Konsultation bei Frau Dr. Katja Kern durchzuführen sowie sämtliche Unterlagen aus der Patientendokumentation, welche persönliche und Gesundheits- sowie Versicherungsdaten meines Kindes enthalten (insbesondere: Rezepte für Medikamente, Einweisungs-, Verordnungs-, Überweisungsscheine, Atteste usw.) in der Ordination entgegenzunehmen bzw. abzuholen; gleichzeitig bevollmächtige ich bis auf Widerruf Frau Dr. Katja Kern, eine ärztliche Konsultation meines Kindes in Begleitung unten angeführter Personen durchzuführen, entsprechende Befunde und Therapieempfehlungen mit diesen Personen zu besprechen und oben angeführte Unterlagen auf deren Verlangen zu übergeben.

Unten angeführte Personen bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie mit der Verarbeitung der gegenständlichen Einwilligung zu Dokumentationszwecken bis auf Widerruf einverstanden sind. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Unterschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung des Gesundheitszustandes führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung aller Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)