

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Liebe Eltern,

Die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind ohne Einwilligung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertretern nicht zulässig. Grundsätzlich besteht das Recht auf Löschung, Auskunft und Widerspruch im Rahmen der für den Gesundheitsbereich geltenden besonderen gesetzlichen Bestimmungen.

Insbesondere Bedarf die Kommunikation per Telefon und E-Mail und der Datenaustausch per Fax und SMS (**Unzutreffendes bitte streichen**) einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertretern, da sie potentiell abgefangen und mitgelesen werden kann.

Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Name, Vorname des **Kindes**

Geburtsdatum

Name, Vorname der **Mutter**

Geburtsdatum

Name, Vorname des **Vaters**

Geburtsdatum

☐ Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die **Praxis TreptowDocks** personenbezogene Daten erhebt, speichert und verarbeitet.

☐ Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir **P Praxis TreptowDocks** per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS (Unzutreffendes bitte streichen) Informationen inklusive personenbezogener Daten und Terminbestätigungen übersendet.

Berlin, den

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Berlin, den

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)