



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten eines Kindes

Hiermit erteile ich

(Vorname, Name Geburtsdatum)

als Sorgerechtsberechtigter meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

(Vorname, Name Geburtsdatum)

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis von Sabine Hirschauer, 86935 Rott

Ich bestätige:

- dass ich die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt bekommen habe.
- dass, ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten des oben genannten Kindes zum Zweck der medizinischen Behandlung, sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.
- dass ich weiter darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigter (Eltern))

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an Sabine Hirschauer, Dießener Straße 32b, 86935 Rott