

**Behandlungseinwilligung
Zustimmung zur Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt
nach § 73 Abs. 1b SGB V –**

**Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei einer
Videosprechstunde**

Ich (Sorgeberechtigte/r) _____

Name, Vorname des Patienten

... bin damit einverstanden, dass mein Kind in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis untersucht und behandelt wird, sowie dass die Behandlungsdaten und Befunde an den Kinderarzt / Hausarzt übermittelt werden.

Ich kann diese Zustimmungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

- Ich erkläre, dass für mein o.g. Kind, derzeit keine laufende Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder in einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung stattfindet (Erklärung zur Sozialpsychiatrieverordnung). Behandlungen zählen dann als Behandlungen nach der Sozialpsychiatrievereinbarung, wenn nichtärztliche, sogenannte Sozialpsychiatrie-Mitarbeiter in die Diagnostik oder Therapie eingebunden sind.
- Ich habe das alleinige Sorgerecht
- meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der beim Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt werden.
- Die **Videosprechstunde** mit der Praxis Dr. med. Sabine Schenkli unter den mir bekannt gemachten Nutzungsbedingungen (siehe Information von CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE) durchführen zu wollen.

Mein Kinderarzt / Hausarzt ist:
Name, Praxisanschrift des Hausarztes:

Name der/des Sorgeberechtigten: Datum und Unterschrift:
.....

Name der/des Sorgeberechtigten: Datum und Unterschrift:
.....

Falls zutreffend:
Name des Betreuers/gesetzl. Vertreters: Datum und Unterschrift:
.....