

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR

1. WEITERGABE VON PERSONENBEZOGENEN DATEN AN MITBEHANDELNDE MIT SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG
  2. ERINNERUNG AN TERMINE UND GESETZLICHE PRÄVENTIONSLEISTUNGEN
  3. ÜBERMITTLUNG VON GESUNDHEITSDATEN PER E-MAIL
  4. ABRECHNUNG MIT SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG
- 

### 1. WEITERGABE VON PERSONENBEZOGENEN DATEN AN MITBEHANDLER

Weiterhin willige ich gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A DS-GVO ein, dass eine Weitergabe und Verarbeitung der personenbezogenen Daten insbesondere der Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO i.V.m. Art 4 Nr. 15 DS-GVO an bzw. durch Mitbehandler (Ärzte, Therapeuten, Gemeinschaftseinrichtungen oder Institutionen, die für die Durchführung notwendiger Untersuchungen – Röntgen, Labor, Gewebeproben usw. herangezogen werden) stattfinden darf.

Ich entbinde die Praxis zum oben beschriebenen Zweck ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ich habe weiterhin verstanden, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Von einem Widerruf dieser Einwilligung ist die Möglichkeit der Abrechnung über die IPL nicht berührt.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (1)**

### 2. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERINNERUNG AN TERMINE UND GESETZLICHE PRÄVENTIONSLEISTUNGEN

Hiermit willige ich ein, dass die

*Kinder- und Jugendarztpraxis  
Dr. med. Andrea Nestler  
Münchner Str. 159, 85757 Karlsfeld  
Filiale: Gewerbestraße 5, 85229 Markt Indersdorf*

mich mittels Telefon, E-Mail, SMS oder Post zum Zwecke der Erinnerung an Termine, gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen kontaktieren darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ich habe weiterhin verstanden, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (2)**

### **3. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON GESUNDHEITSDATEN PER E-MAIL**

Ich wünsche explizit die unverschlüsselte E-Mail- Kommunikation mit der

*Kinder- und Jugendarztpraxis  
Dr. med. Andrea Nestler  
Münchner Str. 159, 85757 Karlsfeld  
Filiale: Gewerbestraße 5, 85229 Markt Indersdorf*

zur Übersendung von sensiblen Gesundheitsdaten wie Befundberichte und Laborwerte sowie der allgemeinen Kommunikation über medizinische Themen.

Der E-Mail-Transport von und zum Mail- Server ist verschlüsselt (TLS- Verfahren).

Mir ist bewusst, dass unverschlüsselte elektronische Nachrichten auf dem Kommunikationsweg abgefangen, gelesen und verändert werden können; d.h., dass fremde Personen, die von und zur Praxis versandten Befunddaten und andere Inhalte medizinischen Inhalts ggf. lesen und manipulieren könnten. Ich bin mir über dieses potentielle Risiko bewusst und entbinde die Praxis von jeglicher Haftung, die sich aus einem Schaden durch die unverschlüsselte E-Mail- Kommunikation ergeben könnte.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ich habe weiterhin verstanden, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (3)**

### **4. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN ZUR ABRECHNUNG**

Ich erkläre mich hiermit gemäß Art. 6 1abs. 1 S. A, lit. a DS-GVO einverstanden, dass die

*Kinder- und Jugendarztpraxis  
Dr. med. Andrea Nestler  
Münchner Str. 159, 85757 Karlsfeld  
Filiale: Gewerbestraße 5, 85229 Markt Indersdorf*

zum Zweck der Abrechnung der mir gegenüber erbrachten ärztlichen Leistungen meine hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum) sowie die Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DS-GVO i.V.m. Art. 3 Nr. 15 DS-GVO wie zum Beispiel Diagnosen, Behandlungstage und Kostenträger, Versicherungstarif, erbrachte Leistungen im Sinne der GOÄ (Details entnehmen Sie bitte meiner Datenschutzerklärung sowie der Datenschutzerklärung von IPL, abrufbar unter [www.ipl-abrechnung.de/datenschutz](http://www.ipl-abrechnung.de/datenschutz)) an das Institut für Privatliquidation (IPL) (Landsbergerstraße 13, 86825 Bad Wörishofen, [www.ipl-abrechnung.de](http://www.ipl-abrechnung.de); weitere Informationen : siehe Impressum), übermittelt. Die Mitarbeiter von IPL unterliegen gemäß § 203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der gespeicherten Daten erfolgt ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland.

Ich entbinde die Praxis zum oben beschriebenen Zweck ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ich habe weiterhin verstanden, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (4)**