

Kathrin Fürst

07581/9296426

Schützenstraße 11

88348 Bad Saulgau

www.praxis-kiju.de

Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

Ich bin/wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung in der Praxis KiJu vorgestellt wird. Ferner erkläre/n Ich/wir mich/ uns einverstanden, dass in der Praxis die Patientendaten meines / unseres o.g. Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde / Uns wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich / wir auch Rückfragen stellen konnte/n.

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten

Datum Mutter

Datum Vater

Datum Sonstige

Ich habe das **alleinige** Sorgerecht für meine Tochter/meinen Sohn

Datum Sorgeberechtigter