



KJPP

GABRIELE GRIEP

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie aKJP / tFKJP

Psychiatrie und Psychotherapie tFP

KONTAKTDATEN

Sophienallee 24 | 20257 Hamburg

Tel: 040 4014343 | Fax: 040 4014344

E-Mail: praxis@kjpp-sophienallee.de

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Datenschutzrecht

Liebe Eltern, liebe Patient*innen,

die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten ist ohne die Einwilligung der Patienten 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 einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertreter, da sie potentiell abgefangen und mitgelesen werden kann. Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

.....
Name, Vorname des Kindes / Patienten

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

.....
Name, Vorname der Mutter / Vater

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname des Vaters / Mutter

.....
Geburtsdatum

- Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die Praxis KJPP Gabriele Griep personenbezogene Daten erhebt, speichert und verarbeitet.
- Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir die Praxis KJPP Gabriele Griep per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS Informationen inklusive personenbezogene Daten und Terminbestätigungen übersendet.
- Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Hamburg, den

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

.....
Unterschrift Patient*in