

Einwilligungserklärung (Eltern)

**Bitte das Original für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt,
die Durchschrift für die Eltern.**

Vor- und Zuname
der **gesetzlichen Vertreter**

1.

2.

☐ Die unter 1. aufgeführte Person ist der alleinige gesetzliche Vertreter des unten genannten Kindes (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

Adresse gesetzliche Vertreter

Vor- und Zuname des **Kindes**

Geburtsdatum des Kindes

Alter:

Adresse des Kindes
(falls abweichend)

Die Ärztin / der Arzt hat uns gemäß § 21a Absatz 4 TFG über das **dhr informiert und aufgeklärt.**

Titel, Name, Vorname
der **Ärztin / des Arztes**

Adresse Praxis / Einrichtung
(Stempel)

Wir wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme unseres Kindes am **dhr** freiwillig ist und dass wir das Recht haben, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Fall eines Widerrufs der Einwilligung werden die bis dahin im **dhr** gespeicherten Daten unseres Kindes anonymisiert, d.h. einer zufälligen Nummer zugeordnet. Es werden keine weiteren Daten erfasst.

Wir hatten Gelegenheit, Fragen zu stellen, die zufriedenstellend und vollständig beantwortet wurden. Umfang und Verfahrensablauf bei einer Teilnahme am **dhr** sind erkennbar geworden. Zusätzlich zu den schriftlichen Informationen wurden folgende Fragestellungen besprochen:

Mit der Verarbeitung personenbezogener Daten unseres Kindes im **dhr**, einschließlich der Auswertung und Rückübermittlung an die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt, sind wir einverstanden. **NEIN** ☐ **JA** ☐

Mit dieser Einwilligungserklärung entbinden wir zugleich die/den genannte/n behandelnde/n Ärztin/Arzt unseres Kindes insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht, als dies für die Teilnahme am **dhr** erforderlich ist.

Die schriftliche Elterninformation zum **dhr** haben wir erhalten. Wir wurden darüber informiert, welche Daten zur Person unseres Kindes und zu seinem Gesundheitszustand an das **dhr** übermittelt werden und dass sowohl die am **dhr** beteiligten Parteien als auch Wissenschaft und Forschung die pseudonymisierten Daten unseres Kindes zur Kenntnis nehmen, verarbeiten und nutzen können. Sind bereits Daten unseres Kindes in der alten Datenbank gespeichert, sind wir mit einer Übertragung dieser Daten in das neue **dhr** einverstanden.

Uns ist bewusst, dass es sich bei den an das **dhr** übermittelten Daten um Gesundheitsdaten handelt, das bedeutet um personenbezogene Daten besonderer Kategorie im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung).

Ort, Datum

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt