

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Liebe Eltern.

Die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind ohne Einwilligung der Betroffenen bzw. des Betroffenen 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. Besonders bedarf die Kommunikation per Telefon und E-Mail und der Datenaustausch per Video oder per SMS (Unzutreffendes bitte streichen) einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen, des Betroffenen oder deren (dessen) gesetzlichen Vertretern, da dieser Datenfluss, Datentransfer potentiell abgefangen und mitgelesen werden kann.

Wir nutzen Datentransferwege mit höchstmöglichem Sicherheits-Standard (z.B. hin-Mail), aber eine Sicherheitsgewähr können wir nicht übernehmen.

Ihre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

**Name, Vorname des Kindes und Geburtsdatum**

---

**Name, Vorname der Mutter, Geburtsdatum**

---

**Name, Vorname des Vaters, Geburtsdatum**

---

- Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die KJUP-Praxis personenbezogene Daten erhebt, speichert und verarbeitet.
- Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass mir die KJUP-Praxis per E-Mail, Telefon, Video oder SMS (Unzutreffendes bitte streichen) Informationen inklusive personenbezogener Daten und Terminbestätigungen übersendet.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter