



# Einwilligungserklärung

zur Weitergabe und Verarbeitung der Patientendaten im Rahmen der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass personen- sowie patientenbezogene Daten (Name, Geburtsdatum, Wohnort, Diagnose, Verlauf usw.) meines Sohnes/ meiner Tochter

---

Name, Vorname

Geb.-Datum

verarbeitet werden (Speicherung, Übermittlung, Veränderung, Löschen). Das Verarbeiten der Daten dient der Dokumentation im Rahmen der Zusammenarbeit mehrerer Ärzte, Pflegedienste und psychosozialer Dienste, die gemeinsam mit dem Koordinierungsbüro des Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V. das SAPPV-Team Niedersachsen/ Bremen bilden und Leistungserbringer der SAPPV sind. Die Dokumentation ist notwendig, um jederzeit eine individuell patientenbezogene und qualifizierte Beratung und Anleitung durch Ärzte, Pflegekräfte und psychosoziale Mitarbeiter des SAPPV-Teams z.B. im Rahmen einer Rufbereitschaft zu gewährleisten und dient zusätzlich der Abrechnung mit den Krankenkassen.

Die Daten können von folgenden Institutionen eingesehen werden:

**SAPPV-Team Niedersachsen/ Bremen**

**Anschrift**      **Betreuungsnetz schwerkranker Kinder UG(h)**  
c/o Prof. Dr. D. Reinhardt  
MHH (KK Bult)  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover

Kooperierender Kinder-/Jugendmediziner/ Hausarzt \_\_\_\_\_

Kooperierender Pflegedienst \_\_\_\_\_

Psychosoziale Betreuung \_\_\_\_\_

Alle Personen, die Einblick in die gespeicherten Daten haben, sind zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.

---

Sorgeberechtigte/r

Sorgeberechtigte/r

---

Gesprächsführende/r Arzt/ Ärztin

Ort/Datum