



Einwilligungserklärung

zur Weitergabe und Verarbeitung der Patientendaten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ).

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

Name, Vorname

Geb.-Datum

verarbeitet werden (Speicherung, Übermittlung, Veränderung, Löschen). Das Verarbeiten der Daten dient der Dokumentation im Rahmen der Zusammenarbeit mehrerer Ärzte, Pflege- und psychosozialer Dienste, die gemeinsam mit dem Koordinierungsbüro der Betreuungsnetz schwerkranker Kinder UG(h) das SAPV-KJ-Team Niedersachsen bilden und als Leistungserbringer der SAPV-KJ tätig oder an der Versorgung des Kindes beteiligt sind.

Die Dokumentation ist notwendig, um jederzeit eine individuell patientenbezogene und qualifizierte Beratung und Anleitung durch Ärzte, Pflegekräfte und psychosoziale Mitarbeiter z.B. im Rahmen einer Rufbereitschaft zu gewährleisten. Die Weitergabe der Daten dient ebenfalls der Bewilligung der Versorgung durch die Krankenkasse bzw. den MDK.

Die Daten können von folgenden Institutionen eingesehen werden:

SAPV-KJ-Team Niedersachsen

vorab per Fax 0511 380 77 001

Anschrift **Betreuungsnetz schwerkranker Kinder UG(h)**
Fuhrberger Straße 4
30625 Hannover

Kooperierender Kinder-/Jugendmediziner/ Hausarzt _____

Kooperierender Pflegedienst _____

Psychosoziale Betreuung _____

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

Sorgeberechtigte/r

Sorgeberechtigte/r

Gesprächsführende/r Arzt/ Ärztin

Ort/Datum