

Patientenetikett

xxx Kliniklogo xxx

Schweigepflichtentbindung und Datenschutzrechtliche Einwilligung zur Weiterverarbeitung von personenbezogenen Daten

für das Verbrennungsregister der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V.
(DGV)

Ich bin

Name, Vorname

Geburtsdatum

und ich unterschreibe zusammen mit meinen Eltern (Sorgeberechtigten),

- dass wir die Patienteninformation für Kinder (*Version x.x vom xx.xx.2022*) über das Verbrennungsregister der DGV und dem hierzu notwendigen Einsatz der Software Firma HRTBT gelesen und verstanden haben. Wir haben uns Zeit genommen, um alles zu verstehen.
- Wir können ja oder nein sagen. Und wir können auch später noch nein sagen und die Informationen über meine Verletzung löschen lassen. Wir wissen, dass niemand beleidigt ist, wenn ich nein sage oder mich schlechter behandelt.
- Wir haben alle Fragen gestellt, die uns eingefallen sind und wir haben die Antworten verstanden. Wenn uns noch andere Fragen einfallen, dürfen wir sie immer fragen.

Wir sind einverstanden, dass die Mitarbeiter*innen aus dem xxxxxxxx über meine Verletzung Informationen weitergeben dürfen, so wie es in der Patienteninformation steht. Wir sind mit folgenden Verarbeitungen einverstanden – bitte mit Sorgeberechtigten zusammen ankreuzen:

- Verarbeitung pseudonymisierter Daten für das Register durch die Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. mit Sitz in Berlin
- Verarbeitung anonymisierter Daten für wissenschaftliche Zwecke und Studien durch die Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. mit Sitz in Berlin
- Wir sind einverstanden, dass Mitarbeiter des Krankenhauses uns schreiben:

Postadresse oder E-Mail-Adresse: _____

Datum, Uhrzeit, Unterschrift
Patientin / Patient

Datum, Uhrzeit, Unterschrift
Sorgeberechtigte