

Schweigepflichtentbindung und Datenschutzrechtliche Einwilligung zur Verarbeitung 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 4.0 vom 18.12.2023*) über das Verbrennungsregister der DGV 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 Informationen über meine Verletzung weitergegeben werden 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
- Verwendung anonymisierter Daten für wissenschaftliche Zwecke der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. mit Sitz in Berlin
- Ich bin mit einer Kontaktaufnahme unter der folgenden E-Mail-Adresse durch die Klinik zur Überprüfung meiner langfristigen Lebensqualität einverstanden:

Postadresse oder E-Mail-Adresse: _____

Datum, Uhrzeit, Unterschrift
Patientin / Patient

Datum, Uhrzeit, Unterschrift
Sorgeberechtigte

Datum, Uhrzeit, Unterschrift
Aufklärende/r Ärztin/Arzt

Unterschreibt ein/e Sorgeberechtigte/r, bestätigt er/sie damit zugleich, dass ihr/ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er/sie im Einverständnis mit weiteren Sorgeberechtigten handelt.