Behandlungs-Einwilligung

Als Sorgeberechtigte(r) von _____

wohnhaft in _____

gebe(n) ich/wir meine/unsere Einwilligung, dass meine Tochter/Sohn im AMEOS Poliklinikum Inntal untersucht und ggf. psychologisch und medikamentös behandelt werden darf.

_____

Ort / Datum Unterschrift(en) **ALLER** Erziehungsberechtigten

_____

Ort / Datum Unterschrift des Jugendlichen (ab 14 Jahren)

Sollte das Sorgerecht bei mehreren Personen oder Institutionen liegen, ist es zwingend erforderlich, dass alle Berechtigten ihr Einverständnis durch Unterschrift geben. Die Behandlungs-Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Information zur Datenverarbeitung und Datensicherung

Die Information aus diesem Fragebogen werden zur Erfüllung des Behandlungsvertrags und unserer Behandlungspflicht (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b DSGVO) in digitalisierter Form auf den Servern des AMEOS Poliklinikums Inntal gespeichert, verarbeitet und nach bestmöglichen technischen Standards geschützt. Papierdokumente werden in regelmäßigen Abständen vernichtet.

Behandlungs-Verweigerung

Als Sorgeberechtigte(r) willige ich in folgende Behandlungen **NICHT** ein:

- ☐ Psychiatrische Untersuchungen
- ☐ Psychologische Testung
- ☐ Psychotherapie
- ☐ Medikamentöse Behandlung

_____

Ort / Datum Unterschrift(en) des/der Erziehungsberechtigten