

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 oder Patient(in) ab 18 Jahren

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

Erstellt am-/durch: A. Mitt. 3.08.22/UTA	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
Speicherpfad:			