

**Einwilligung in die Verarbeitung besonderer Kategorien  
personenbezogener Daten  
gemäß Art. 9 EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

**Patient: Kind**

Hiermit willige ich (Name, Anschrift des/der Erziehungsberechtigten des zu behandelnden Kindes):

.....  
.....

ein, das von meinem Kind (Vorname, Name, Geburtsdatum): .....

.....

durch die Orthopädische Gemeinschaftspraxis von Frau Dr. med. R. Kolp, Herrn Dr. med. D. Manecke und Herrn Dr. med. S. Ansorge, Wismarsche Straße 32, D-18057 Rostock, Tel.: +49 (0) 381 – 36 44 310; Fax: +49 (0) 381 – 36 44 31 11; E-Mail: praxis@orthopaedie-hro.de, im Rahmen der ärztlichen Behandlung meines Kindes besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, verarbeitet werden dürfen. Dies geschieht ausschließlich zum Zweck der ärztlichen Behandlung meines Kindes. Die Daten werden bei der Durchführung der ärztlichen Behandlung auch an Dritte weitergeleitet (zum Beispiel an die Krankenkasse). Dies dient ausschließlich dem Zweck der ärztlichen Behandlung und zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen, die durch die Behandlung meines Kindes entstanden sind.

Ich habe die Einwilligung freiwillig abgegeben.

**Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft unter den mir bekannten Kontaktdaten der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis von Frau Dr. med. R. Kolp, Herrn Dr. med. D. Manecke und Herrn Dr. med. S. Ansorge, Wismarsche Straße 32, D-18057 Rostock, Fax: +49 (0) 381 – 36 44 31 1, in Textform, ohne Angabe eines Grundes, widerrufen. Hierzu genügt eine E-Mail an: praxis@orthopaedie-hro.de.**

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten