



Dr. med. Benedikt J. Pircher

*Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Kindergastroenterologe (LÄKH, GPGE)*

Dr. med. Christiane I. Daanay

Dr. med. Claudia Schaller

Angestellte Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

Einverständniserklärung zur Testung auf HIV

Turmstraße 77

36093 Künzell

Patientenname, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon 06 61 – 93 78 0

Fax 06 61 – 93 78 17

Mail team@kinderarztpraxis-kuenzell.de

Web kinderarztpraxis-kuenzell.de

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass bei mir / meinem/ unserem o.g. Kind die Testung auf HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) veranlasst wird.

Das Ergebnis des HIV-Tests unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Ergebnismitteilung durch den behandelnden Arzt bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diese Einverständniserklärung abzugeben. Mir ist dabei bewusst, dass ohne diese Einverständnis diese Untersuchung nicht erfolgen kann und darf.

Mir ist ferner bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einverständniserklärung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde innehabe. Im Falle möglicher datenschutzrechtlicher Verstöße können Sie sich an unsere praxiseigenen Datenschutzbeauftragte per Post, Fax oder eMail (team@kinderarztpraxis-kuenzell.de) oder an die zuständige Landesbehörde in Hessen wenden (Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden, siehe auch: datenschutz.hessen.de)

Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patient (sofern mündig)

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten