

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an CrescNet

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich habe die Elterninformation zum Screening auf Störungen des Wachstums und der Gewichtsentwicklung im System CrescNet gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich habe die Bedeutung der Datenübermittlung meines Kindes verstanden und wurde über meine Rechte aufgeklärt.

Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und keine Auswirkungen auf die Behandlung meines Kindes hat. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Teilnahme jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir oder meinem Kind hierdurch Nachteile entstehen.

Mir wurde eine Kopie der Elterninformation und der Einwilligungserklärung ausgehändigt.

Ich willige ein, dass im Rahmen des CrescNet die Daten meines Kindes pseudonymisiert an das Forschungs- und Kompetenzzentrum für Wachstumsstörungen CrescNet geleitet werden und dort zu qualitätssichernden und Forschungszwecken im Bereich der Wachstums- und Gewichtsentwicklung ausgewertet werden.

Für wissenschaftliche Auswertungen werden die Messwerte anonymisiert verwendet. Dadurch ist jedoch bei der Feststellung einer Gesundheitsstörung die Zuordnung zu dem jeweiligen Kind nicht möglich. Deshalb übermittelt die Kinder- und Jugendärztin meines Kindes auch die für mein Kind von der Kinderarztpraxis vergebene Patientenummer, das Geburtsdatum und den Anfangsbuchstaben des Vornamens, so dass bei Bedarf eine Zuordnung möglich ist. Diese Zuordnung kann ausschließlich über die Kinder- und Jugendärztin meines Kindes erfolgen. Wissenschaftliche Abhandlungen auf Grundlage der Registerdaten werden immer ohne Bezug zu meinem Kind veröffentlicht.

Ich bin mit der Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung von **Daten über die Gesundheit meines Kindes** im Rahmen des Vorhabens CrescNet und gemäß der Elterninformation nebst **Datenschutzinformationen** einverstanden.

Nur zu diesem Zweck und in diesem Umfang entbinde ich die Kinder- und Jugendärztin meines Kindes auch von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzl. Vertreter