



Campus Innenstadt
 Kinderklinik und Kinderpoliklinik
 im Dr. von Haunerschen Kinderspital
 Direktor: Prof. Dr. C. Klein



Einverständniserklärung Mitbehandlung

Name:

Vorname:

geboren am:

Anschrift:

.....

Telefon:

Email:

Anlässlich der Behandlung meiner Lungenerkrankung stimme ich der Erweiterung des Behandlerkreises von mir / von meinem Kind auf das Behandlerteam der Kinderklinik des Klinikums der Universität München und deren externen Kooperationspartner zu.

Dies betrifft auch meine Teilnahme am chILD-EU-Register und Biobank.

Das Behandlerteam der Kinderklinik München kann, wie mein aufklärender Arzt, unter Kenntnis meiner Identität Daten im Register verarbeiten, unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht Dritten gegenüber und erhält eine Kopie der Einverständniserklärung des chILD-EU-Registers und Biobank.

Ort, Datum.....

Unterschriften

.....
 Patient

.....
 Mutter

.....
 Vater

.....
 Erziehungsberechtigte