

# Einverständniserklärung für konsiliarische Behandlung

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

Sie haben sich aufgrund Ihrer gesundheitlichen Situation auf Anraten Ihres Behandlers entschieden, sich einem homöopathischen *Konsil* vorzustellen. Ihrem entgegengebrachten Vertrauen wird in dieser Gruppe mit großem Respekt begegnet. Insbesondere gelten Schweigepflicht (Verschwiegenheit) und das Versprechen größtmöglicher Sorgfalt in der Untersuchung, der anschließenden Fallanalyse und im Erstellen von weitergehenden Behandlungsempfehlungen mit Hilfe der Expertise der gesamten Gruppe.

Alle aufgenommenen Daten dienen ausschließlich zur Vervollkommnung der Diagnose und der optimalen Weiterführung Ihrer Therapie. Die Daten werden sicher als Behandlungsdokumente nach den gesetzlichen Bestimmungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art.7 DSGVO verwahrt. Zu diesen Daten gehören:

- Vorberichte des Behandlers
- Daten der Live Anamnese
- Live Untersuchung und Befunderhebung
- Einsicht in mitgebrachte Befunde
- Videodokumentation der Liveanamnese, ggf. gesicherte Übertragung.
- Erstellen eines detaillierten Protokolls der heutigen Sitzung
- Weitere Nachbesprechungen im Behandlungsverlauf

Durch Ihr Erscheinen erklären Sie sich einverstanden und schließen hiermit einen Behandlungsvertrag ab (BGB § 630a-h), der alle teilnehmenden Kolleg\*innen dazu verpflichtet, nach bestem Wissen und Gewissen für Sie zu arbeiten. Sie geben damit die Erlaubnis, in allen genannten Punkten für Sie tätig zu werden.

Sie haben jederzeit Anspruch auf transparente und verständliche Erläuterung zu allen Aspekten des konsiliarischen Verfahrens, insbesondere das Recht darauf, dass fehlerhafte Informationen im Behandlungsverlauf beständig nachgearbeitet und korrigiert werden, wenn diese bekannt werden. Auch können Sie sicher sein, dass keine personenbezogenen Daten an Unbefugte weitergegeben und/oder ohne ihre Einwilligung in irgendeiner Form weiterverarbeitet werden.

Sie können jederzeit einen Abzug des Live-Protokolls und der Befundergebnisse von Ihrem Behandler erhalten.

*Widerrufsbelehrung:* Sie haben jederzeit das Recht, diese Einwilligung und die Behandlung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen und zu beenden. Damit enden dann auch alle Behandlungs-Tätigkeiten. Alle bis dahin aufgenommenen Daten unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen der Aufbewahrungspflicht. Ihren Widerruf richten Sie bitte an Ihre Behandler\*in.

Diese Erklärung habe ich gelesen, verstanden und willige mit meiner Unterschrift ein.  
(Erziehungsberechtigte für Ihr betroffenes Kind)

---

Ort und Datum

---

Name und Unterschrift Patient