

## **Einwilligung zur Datenübermittlung**

Ich willige darin ein, dass die Unfallkasse Hessen zur Durchführung des Heilverfahrens meines Kindes betreffende Gesundheitsdaten (z.B.: Arztberichte, Röntgenaufnahmen), die ihr von einem Arzt oder einer Behörde zugänglich gemacht worden sind, an weitere am Heilverfahren Beteiligte (z.B.: Ärzte, Kliniken, Krankengymnasten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten usw.) übermittelt.

### **Hinweis:**

Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Es genügt eine formlose Mitteilung an uns. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf Ihrer Einwilligungen nur für die Zukunft und nicht für die Vergangenheit möglich ist. Die bis zu dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs vorgenommene Datenverarbeitung bleibt damit rechtmäßig.