



Einwilligungserklärung

Ich, die/der Unterzeichnende, bestätige hiermit:

A – Aufklärung & Verständnis

- ☐ Ich habe den Patientenaufklärungsbogen vollständig gelesen und verstanden.
- ☐ Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- ☐ Ich wurde über Ablauf, Zweck, Risiken und Alternativen der Untersuchung informiert.
- ☐ Ich weiß, dass ich die Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen kann.

B – Einwilligung in die Untersuchung

- ☐ Ich willige freiwillig in die Durchführung der Polysomnographie (PSG) im Schlafzentrum Burgwedel ein.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsdaten (EEG, EKG, Atemparameter, SpO2 etc.) gespeichert und medizinisch ausgewertet werden.

C – Videoüberwachung

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Schlafbewegungen mittels Infrarotkamera aufgezeichnet werden (ausschließlich medizinische Diagnostik).
- ☐ Ich bin NICHT damit einverstanden, dass Videoaufnahmen erstellt werden. (Bitte Fachpersonal informieren.)

D – Datenschutz (DSGVO)

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Diagnose gespeichert und an Dr. med. Christian Sutor sowie meinen zuweisenden Arzt weitergeleitet werden.
- ☐ Ich wurde über meine Rechte gemäß DSGVO informiert (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Art. 15–18).

E – Schweigepflichtentbindung (freiwillig)

Ich entbinde das Schlafzentrum Burgwedel / Dr. med. Christian Sutor von der Schweigepflicht gegenüber:

Name / Institution:	
Verhältnis:	
Kontakt:	

Diese Entbindung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Name Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift: Dr. med. Christian Sutor / Fachkraft

Original verbleibt in der Patientenakte. Eine Kopie erhält der/die Patient/in. | Schlafzentrum Burgwedel | Dr. med. Christian Sutor