

Erklärung des Patienten/der Patientin/ der Sorgeberechtigten zur ePA

Zum Verbleib in der Akte des/der Psychotherapeut*in! NICHT zur Versendung an die Krankenkasse!

Betrifft folgendes Kind

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Behandelnde verpflichtet sind, die elektronische Patientenakte mit Befunden und Informationen zum aktuellen Behandlungsfall, die in interoperabler Form vorliegen, auf Wunsch der Patient*innen zu befüllen. Das Gesetz räumt explizit die Möglichkeit ein, Widerspruchs gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten zu erheben, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann. Dazu gehören auch Daten über psychische Erkrankungen.

Bitte kreuzen Sie folgende Aussagen nach Ihrem Wunsch an:

Der/die Psychotherapeut*in hat mich auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche nicht, dass der/die Psychotherapeut*in Daten über die psychotherapeutische Behandlung von mir/meinem/unsere(n) Kind in meine elektronischen Patientenakte einstellt.

Ich bin außerdem darüber informiert worden, dass ich diesen Widerspruch jederzeit widerrufen kann.

Ich bin auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen worden und stimme ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus meiner psychotherapeutischen Behandlung in der elektronischen Patientenakte von mir/ meinem Kind zu.

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten/ des/der Jugendlichen ab 15 Jahren