

Einverständniserklärung Psychotherapie

Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung von allen sorgeberechtigten Personen unterschrieben zum ersten Termin mit.

Ohne das Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen darf ich ihr Kind (**unter 15 Jahre**) nicht kennen lernen.

Patienten ab 15 Jahren benötigen keine Einverständnis der Eltern. Hier reicht die Unterschrift des/der Patient*in.

Mutter _____, geb. am _____
Name Vorname

Vater _____, geb. am _____
Name Vorname

ggf. weitere sorgeberechtigte Person

_____, geb. am _____
Name Vorname

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns einverstanden, dass ich/unsere/r Kind

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr. PLZ, Ort

Name des Kinder-/Hausarztes

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Traumatherapie - Tobias Brauer *vorgestellt und diagnostiziert* und bei gegebener Notwendigkeit psychotherapeutisch *behandelt* werden darf.

Sorgerecht

Das Sorgerecht liegt gemeinsam alleinig
bei Mutter Vater _____

Mit meiner/unseren Unterschrift/en erkläre/n ich/wir, die Richtigkeit der Angaben bezüglich des Sorgerechts. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir umgehend mit.

Einwilligung zur Videosprechstunde

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich mich/wir uns mit der Verarbeitung der Gesundheitsdaten durch den Anbieter Healthy Projects GmbH im Rahmen der Videosprechstunde. Meine/unsere Erklärung erfolgt auf freiwilliger Basis.

Einwilligung in die automatische Dokumentation

Zur automatischen Dokumentation und Berichterstellung wird in der Praxis eine Software eingesetzt. Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich mich/wir uns einverstanden, dass meine/unsere im Rahmen der Therapiesitzung erhobenen personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Meine/unsere Erklärung erfolgt auf freiwilliger Basis.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Behandelnde verpflichtet sind, die elektronische Patientenakte mit Befunden und Informationen zum aktuellen Behandlungsfall zu befüllen.

Das Gesetz räumt explizit die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann, ein. Dazu gehören auch Daten über psychische Erkrankungen.

- Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche keinerlei Daten über meine psychotherapeutische Behandlung in meiner elektronischen Patientenakte.
- Ich stimme ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus meiner psychotherapeutischen Behandlung in meiner elektronischen Patientenakte zu.

Einwilligung zur Kommunikation

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung via E-Mail, WhatsApp und SMS in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden können.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Praxis für Psychotherapie - Tobias Brauer hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, ohne weitere Sicherungsmaßnahmen Gesundheitsdaten an mich/uns zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen.

- E-Mail (Mail-Adresse _____)
- WhatsApp/SMS (Rufnummer _____)

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Einwilligungserklärung Psychotherapie

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir folgende Unterlagen erhalten zu haben (siehe www.psychotherapiebrauer.de/anmeldung)

- *Praxisinformation* der Praxis für Psychotherapie - Tobias Brauer
- *Ambulante Psychotherapie in der gesetzliche Krankenversicherung (PTV10)*

Die dort genannten Regelungen habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und stimme/n diesen mit meiner/unserer Unterschrift zu.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort und Datum

Unterschrift aller sorgeberechtigten Personen (wenn Patient*in unter 15 Jahre alt)

Ort und Datum

Unterschrift Patient*in (ab 15 Jahre)