

Einverständniserklärung Psychotherapie

Patient*in unter 15 Jahre: Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung von allen sorgeberechtigten Personen unterschrieben mit sonst darf ich ihr Kind (**unter 15 Jahre**) nicht kennen lernen.

Patient*inn ab 15 Jahren: Hier reicht die Unterschrift des/der Patient*in, das Einverständnis der Eltern ist nicht notwendig.

Patient*in

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____		_____
Straße, Nr.		PLZ, Ort

Einwilligung zur Kommunikation

Mir/uns ist bekannt, dass bei der elektronischen Übermittlung von Gesundheitsdaten (z. B. per E-Mail, SMS oder WhatsApp) kein vollständiger Schutz vor dem Zugriff Dritter besteht und die Übertragung grundsätzlich unverschlüsselt erfolgt. Ich/wir wurde/n darüber informiert, dass dadurch ein Risiko für die Vertraulichkeit meiner/unserer personenbezogenen Daten besteht.

In Kenntnis dieser Risiken erteile ich/wir der Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie – Tobias Brauer hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten per E-Mail und/oder Messenger-Dienst (WhatsApp/SMS) zu übermitteln und auf gleichem Weg zu empfangen.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

☐ E-Mail

Mail-Adresse Sorgeberechtigte*r 1: _____

Mail-Adresse Sorgeberechtigte*r 2: _____

Mail-Adresse Patient*in: _____

☐ WhatsApp/SMS

Handynummer Sorgeberechtigte*r 1: _____

Handynummer Sorgeberechtigte*r 2: _____

Handynummer Patient*in: _____

Einwilligung in die elektronische 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. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Patienteninformation zum Datenschutz sowie auf der Website des Anbieters unter <https://www.via-health.de/datenschutzerklärung-software>.

Einwilligung zur Videosprechstunde

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir meine/unsere Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten durch den Anbieter Healthy Projects GmbH im Rahmen der Videosprechstunde. Meine Erklärung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit widerrufen werden. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Patienteninformation zum Datenschutz sowie auf der Website des Anbieters unter <https://webprax-f2f.de/datenschutz>.

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.**

Einwilligungserklärung Psychotherapie

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

- Praxisinformation der Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie- Tobias Brauer
- Ambulante Psychotherapie in der gesetzliche Krankenversicherung (PTV10)
- Patienteninformation zum Datenschutz

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

Mit meiner/unseren Unterschrift/en erkläre/n ich mich/wir uns einverstanden, dass ich/unser Kind in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Traumatherapie - Tobias Brauer *vorgestellt und diagnostiziert* werden darf.

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

Patient*in unter 15 Jahre alt: Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Sorgeberechtigte*r 1: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Ich erteile **Sorgeberechtigte*m 2** hiermit die Vollmacht, **alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Beantragung, Durchführung und Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung unseres oben genannten Kindes bei Herrn Tobias Brauer notwendig sind.** Diese Vollmacht gilt **bis zu meinem schriftlichen Widerruf.**

Ort und Datum Unterschrift Sorgeberechtigte*r 1

Sorgeberechtigte*r 2: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Ich erteile **Sorgeberechtigte*m 1** hiermit die Vollmacht, **alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Beantragung, Durchführung und Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung unseres oben genannten Kindes bei Herrn Tobias Brauer notwendig sind.** Diese Vollmacht gilt **bis zu meinem schriftlichen Widerruf.**

Ort und Datum Unterschrift Sorgeberechtigte*r 2

Patient*in ab 15 Jahren - keine Unterschrift der Sorgeberechtigten notwendig

Ort und Datum Unterschrift Jugendliche*r