

Einverständniserklärung ePA

Patient/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Der Gesetzgeber hat in § 341 SGB V festgelegt, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen verpflichtet sind, auf Wunsch des/der Patient*in medizinische Unterlagen, die im Rahmen der aktuellen Behandlung entstehen und in elektronischer, interoperabler Form vorliegen, in die elektronische Patientenakte (ePA) einzustellen. Patient*innen können jederzeit bestimmen, welche Daten in ihre ePA eingestellt oder daraus gelöscht werden und wer auf ihre ePA zugreifen darf. Sie haben außerdem das Recht, der Übermittlung oder Speicherung bestimmter Daten zu widersprechen, insbesondere wenn deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung geben kann (z. B. Daten über psychische Erkrankungen). Ein Widerspruch gegen die Speicherung psychotherapeutischer Daten ist jederzeit möglich – insbesondere, wenn deren Bekanntwerden das Vertrauen, den Therapieverlauf oder das Kindeswohl gefährden könnte.

Kinder und Jugendliche haben ein altersabhängiges Mitspracherecht:

Bis zum 15. Geburtstag verwalten die Sorgeberechtigten die ePA:

Sorgeberechtigte/r 1

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sorgeberechtigte/r 2

Name

Vorname

Geburtsdatum

Erklärungen des/der Sorgeberechtigten:

- ☐ Ich / Wir wurden über die elektronische Patientenakte (§ 341 SGB V) und das Recht zum Widerspruch informiert.
- ☐ Ich / Wir widersprechen, dass Daten über die psychotherapeutische Behandlung unseres Kindes in die elektronische Patientenakte eingestellt werden.
- ☐ Ich / Wir wurden darüber informiert, dass dieser Widerspruch jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.
- ☐ Ich / Wir untersagen der behandelnden Psychotherapeutin*in den Zugriff auf die elektronische Patientenakte, auch zum Lesen oder Abrufen darin gespeicherter Daten.
- ☐ Ich / Wir erkläre(n) mein / unser ausdrückliches Einverständnis, dass die im Rahmen der Behandlung elektronisch vorliegenden und dafür vorgesehenen Daten in die elektronische Patientenakte eingestellt und dort gespeichert werden dürfen. Gleichzeitig gestatte(n) ich / wir dem/der Psychotherapeut*in, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Dokumente einzusehen, soweit sie für die Behandlung relevante Informationen enthalten.
- ☐ Ich / Wir wurden darüber informiert, dass diese Entscheidung jederzeit geändert und der Zugriff wieder erlaubt werden kann.

Erklärung bei alleiniger Sorge:

- ☐ Ich bestätige, dass ich allein sorgeberechtigt bin und diese Entscheidung allein treffe. (Nachweis kann auf Verlangen vorgelegt werden.)

Ort

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r 1

Ort

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r 2

Ab dem 15. Geburtstag erhalten Jugendliche einen eigenen ePA-Zugang und dürfen selbst bestimmen, welche Daten eingestellt oder gelöscht werden.

Erklärung des/der Jugendlichen

- ☐ Ich wurde über die elektronische Patientenakte (§ 341 SGB V) und das Recht zum Widerspruch informiert.
- ☐ Ich untersage der behandelnden Psychotherapeutin*in den Zugriff auf die elektronische Patientenakte, auch zum Lesen oder Abrufen darin gespeicherter Daten.
- ☐ Ich wurde darüber informiert, dass dieser Widerspruch jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.
- ☐ Ich widerspreche, dass Daten über meine psychotherapeutische Behandlung in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden.
- ☐ Ich erkläre mein ausdrückliches Einverständnis, dass die im Rahmen meiner Behandlung elektronisch vorliegenden, dafür vorgesehenen Daten in meine elektronische Patientenakte eingestellt und dort gespeichert werden dürfen. Gleichzeitig gestatte ich meinem/meiner Psychotherapeut*in, diese Dokumente einzusehen, soweit sie für meine Behandlung relevante Informationen enthalten.
- ☐ Ich wurde darüber informiert, dass diese Entscheidung jederzeit geändert und der Zugriff wieder erlaubt werden kann.

Ort

Datum

Unterschrift Jugendliche*r (ab 15 Jahren)

Hinweis:

Diese Erklärung verbleibt in der Behandlungsdokumentation und dient der rechtssicheren Nachvollziehbarkeit der ePA-Beratung, des Widerspruchs oder der Einwilligung.