

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*in 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: _____

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/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>.

Einwilligung in die elektronische Dokumentation

Zur Unterstützung der Dokumentation und Berichterstellung wird in der Praxis die Software VIA HealthTech eingesetzt. VIA ist ein KI-gestütztes Tool, das während unserer Sitzungen das Gespräch transkribiert und anschließend automatisch ein Sitzungsprotokoll erstellt.

Datenschutz und Datensicherheit haben dabei oberste Priorität: Die Aufnahmen werden nicht langfristig gespeichert, die Daten werden nicht zur Weiterentwicklung oder zum Training der KI verwendet und alle Prozesse entsprechen den höchsten Sicherheitsstandards (DSGVO, BDSG).

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>.

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 gesetzlichen 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/unsere/r Kind in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Traumatherapie - Tobias Brauer *vorgelegt 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

Einverständniserklärung elektronische Patientenakte (ePA)

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.