

Abfrage ePA-Status für Patient*innen in meiner Praxis

Hiermit bestätige ich gegenüber

Rebecca Muthmann, Wulften

(Name Psychotherapeut*in),

dass ich

(Name Patient*in),

geboren am

(Geburtsdatum Patient*in),

- ☐ 1. keine ePA eingerichtet habe
- ☐ 2. eine ePA eingerichtet habe, dem Eintragen von Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung jedoch vollumfänglich widerspreche
- ☐ 3. eine ePA eingerichtet habe und bestimmte Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung in die ePA eintragen lassen will (z.B. Befundbericht, Gutachterantrag, Arztbriefe, PTV-Formulare etc.)¹ (siehe Rückseite)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient*in)

¹ Bitte für Variante 3 die Einwilligungserklärung zur Einrichtung und Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie in die Verarbeitung personenbezogener Daten ausfüllen.

Einwilligungserklärung zur Einrichtung und Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis **Rebecca Muthmann, Wulften** auf meine elektronische Patientenakte (ePA) und die durch mich dort freigegebenen Daten zugreift.

Außerdem willige ich ein, dass Dokumente, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis **Rebecca Muthmann, Wulften** stehen, in meine elektronische Patientenakte eingefügt werden. Die Verantwortung über die Verwaltung der Zugriffsrechte dieser Dokumente im Rahmen der ePA liegt bei mir.

Folgende Daten sollen durch die Praxis **Rebecca Muthmann, Wulften** in meine elektronische Patientenakte aufgenommen werden (bitte ankreuzen):

- ☐ Diagnosen
- ☐ PTV 11-Formular
- ☐ Testergebnisse
- ☐ Therapiemaßnahmen
- ☐ Behandlungsberichte
- ☐ Atteste

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich bin von der Praxis **Rebecca Muthmann, Wulften** darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung gegenüber der Praxis **Rebecca Muthmann, Wulften** jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In diesem Fall wird ab dem Zeitpunkt des Widerrufs nicht mehr auf meine elektronische Patientenakte zugegriffen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient*in)