

Abfrage ePA-Status für Patient*innen unter 15 Jahren in meiner Praxis

Hiermit bestätige ich/bestätigen wir als gesetzliche Vertreter*in/Vertreter*innen
von

(Name Patient*in unter 15 Jahre),

geboren am

(Geburtsdatum Patient*in)

gegenüber

Praxis Rebecca Muthmann, Wulften

(Name Psychotherapeut*in),

dass für mein / unser Kind:

- ☐ 1. keine ePA eingerichtet ist
- ☐ 2. eine ePA eingerichtet ist, ich/wir dem Eintragen von Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung jedoch vollumfänglich widerspreche(n)
- ☐ 3. eine ePA eingerichtet ist und bestimmte Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung in die ePA eingetragen werden sollen
(z.B. Befundbericht, Gutachterantrag, Arztbriefe, PTV-Formulare etc.)¹ -bitte auf der Rückseite ausfüllen

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter/in –
bei gemeinsamem Sorgerecht beide Sorgeberechtigte)

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 bzw. wir als gesetzliche Vertretung ein, dass die Praxis **Rebecca Muthmann, Wulften** auf die elektronische Patientenakte (ePA) meines/unseres Kindes und die durch mich/uns als gesetzliche Vertretung dort freigegebenen Daten zugreift.

Außerdem willige ich/willigen wir ein, dass Dokumente, die im Zusammenhang mit der Behandlung meines/unseres Kindes in der Praxis **Rebecca Muthmann, Wulften** stehen, in die elektronische Patientenakte eingefügt werden. Die Verantwortung über die Verwaltung der Zugriffsrechte dieser Dokumente im Rahmen der ePA liegt bei mir/uns als gesetzlicher Vertretung.

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

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

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter/in -
bei gemeinsamem Sorgerecht beide Sorgeberechtigte)