Praxis Wunderkind
Dr. med. Olga Stanković-Dahmen



Datum: _____

Empfehlung durch: _____

Angaben zum Kind

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum -Ort: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Festnetz: _____

Handy: _____

Krankenversicherung: (privat/gesetzlich) _____

Nationalität: _____

Muttersprache: _____

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen? _____

Deutschkenntnisse: _____

Angaben zur Mutter

Vor- und Nachname: _____

Telefon dienstlich: _____

Handynummer: _____

Nationalität: _____

Beruf: _____

Sorgerecht: Nein: ☐ Ja: ☐ Unterschrift:

E-Mail-Adresse: _____

Angaben zum Vater

Vor- und Nachname: _____

Telefon dienstlich: _____

Handynummer: _____

Nationalität: _____

Beruf: _____

Sorgerecht: Nein: ☐ Ja: ☐ Unterschrift:

E-Mail-Adresse: _____

weitere Angaben zur Mutter:

Geburtsdatum:

Aktuelles Alter:

Geburtsort und -Land:

Schulabschluss:

Ausbildung:

Studium:

erlernter Beruf:

Wochenarbeitszeit:

Körperliche Erkrankung/-en:

Psychische Erkrankung/-en:

weitere Angaben zum Vater:

Geburtsdatum:

Aktuelles Alter:

Geburtsort und -Land:

Schulabschluss:

Ausbildung:

Studium:

erlernter Beruf:

Wochenarbeitszeit:

Körperliche Erkrankung/-en:

Psychische Erkrankung/-en:

Eltern leben zusammen?

Angaben zu den Geschwistern:

Wie viele Geschwister leben im Haushalt?

Gibt es Halbgeschwister?

Geschwisterkind 1: Name, Alter, Schulform, Klasse

Geschwisterkind 2: Name, Alter, Schulform, Klasse

Geschwisterkind 3: Name, Alter, Schulform, Klasse

Schwierigkeiten im Verhalten in der Schule/Kindergarten der Geschwister oder untereinander?

Mit welchem Geschwisterkind kommt Ihr Kind am besten klar und warum?

Hat ein Geschwisterkind bisher psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen, bzw. gab es Heimaufenthalte, Erziehungsberatungsstelle, Familienhelfer und wenn ja, welches Kind und weswegen?

Aktueller Anlass der fachärztlichen Vorstellung:

Welche Probleme bestehen aktuell bei Ihrem Kind?

Wie äußern sich diese?

Wem sind diese Probleme zuerst aufgefallen und in welchen Situationen tauchen sie auf?

Wie sehr belasten diese Probleme Ihr Kind?

Wie sehr belasten diese Probleme Ihr Familienleben bzw. Sie als Eltern?

Welche Hilfestellung erwarten Sie von uns?

Eigenanamnese:

Alter der Mutter bei der Geburt:

Wunschkind oder ungeplant?

Kam das Kind zum errechneten Termin?

Blutungen, Infektionen, Bluthochdruck, Unfälle, OP's, vorzeitige Wehen, Medikamenten-, Alkohol, Nikotin-, Drogeneinnahme, psychische Belastungen?

Geburtsverlauf: Dauer, Komplikationen, Kaiserschnitt, Beatmung, Neugeborenenikterus, Klinikaufenthalt in Tagen

Geburtsgröße, Geburtsgewicht:

Als Säugling: Anfälle, Unruhe, Bewegungsarmut, Trinkarmut?

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? (in Monaten)

Wann konnte Ihr Kind frei gehen? (in Monaten)

Allgemeine medizinische Angaben:

Leidet Ihr Kind unter Krampfanfällen? Wenn ja, mit welcher Medikation und seit wann wird es von wem behandelt? (Bitte Angabe der Medikamente und Kontaktdaten des Arztes)

Gab es bisher Untersuchungen zur Seh- und Hörfähigkeit Ihres Kindes?

Gab es Operationen, Unfälle?

Gibt oder gab es körperliche Erkrankungen?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? (welche, Dosierung und seit wann?)

Gab es Krankenhausaufenthalte? (wann und wo)

aktuelle Körpergröße:

aktuelles Körpergewicht:

Wann war Ihr Kind tagsüber trocken?

Wann war Ihr Kind nachts trocken?

Hat Ihr Kind erneut eingenässt, nachdem es schon trocken war?

Hat Ihr Kind nachdem es trocken war erneut eingekotet?

Wann konnte Ihr Kind die ersten Wörter sagen?

Wann konnte Ihr Kind die ersten 1-, 2- und 3-Wortsätze sagen?

Haben Sie Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung Ihres Kindes bemerkt?

Wächst Ihr Kind 2-sprachig auf? Welche Sprachen und wie gut?

Ist Ihr Kind sehr empfindlich auf Geräusche? Fremde Menschen, Kinder? Dunkelheit?

Fällt Ihnen eine besondere Ängstlichkeit Ihres Kindes auf und wann?

Wie geschickt ist Ihr Kind bei der Fein-und Grobmotorik?

Seit welchem Lebensjahr kann Ihr Kind Lesen?

Seit welchem Lebensjahr kann Ihr Kind Rechnen?

Besucht Ihr Kind den Förderunterricht oder erhält Nachhilfe?

Besuch der Kita ab wann?

Besuch der Vorschule ab wann und wo?

Regelrechte Einschulung oder vorher/nachher?

Besuch der Schule ab wann und wo?

Aktueller Schulbesuch Klasse, Schulform, wo?

Gab es in der Schullaufbahn auffälliges Absacken nach Umzügen, Trennungen, Scheidungen, Problemen in der Familie, Tod von Angehörigen, Freunden, Mobbing?

Welche Form von Behandlung hat Ihr Kind bisher erfahren? (Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik nach Bobath oder Vojta, Heilpädagogik, pädagogische Frühförderung, testpsychologische Untersuchungen) und mit Ergebnissen?

Bisherige ambulante oder stationäre Kinder-und Jugendpsychiatrie-Behandlung (wann und wo)?

Bisherige Kontakte zum SPZ, SPV-Praxen?

Besucht Ihr Kind den Förderunterricht oder erhält Nachhilfe?

Angaben zur Freizeit Ihres Kindes:

Welche Hobbys pflegt Ihr Kind?

Spielt Ihr Kind ein Instrument (welches und wie gut)?

Hat Ihr Kind in der Schule und Freizeit Freundschaften, die es regelmäßig pflegt?

Trifft sich Ihr Kind eher mit Jüngeren oder Älteren?

Wieviel TV, PC, Gameboy, Rollenspiele konsumiert Ihr Kind pro Tag in Stunden?

Hat Ihr Kind bereits Schulden?

War Ihr Kind schon mal straffällig bzw. kam mit dem Gesetz in Konflikt?

Praxis Wunderkind
Dr. med. Olga Stanković-Dahmen



Erklärung zur Ausfallgebühr

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlungen erfolgen also nur nach vorheriger Terminabsprache. Die vereinbarte Behandlungszeit wird ausschließlich Ihnen bzw. Ihrem Kind vorbehalten, wodurch lange Wartezeiten vermieden werden sollen.

Wenn Sie oder Ihr Kind einen Termin in der Praxis oder in der online Sprechstunde nicht wahrnehmen können, **sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab**, damit wir die vorgesehene Zeit für andere Patienten verplanen können und Ihnen keine Ausfallgebühr entsteht.

Dafür haben wir außerhalb der Sprechzeiten einen Anrufbeantworter geschaltet auf dem wir Sie bitten Ihre Absage zu hinterlassen.

Erfolgt keine Terminabsage 24 Stunden vorher entstehen für Sie folgende **Ausfallgebühren**:

30 Euro/ Kontrolltermin
50 Euro/ psychotherapeutische Sprechstunde / Akutbehandlung / Psychotherapie

Diese sind unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private, gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Hiermit bestätige ich die Erklärung zur Kenntnis genommen zu haben.

Name, Vorname **Patient/in**

Name, Vorname **Kindsmutter** (sorgeberechtigt) Datum, Unterschrift

Name, Vorname **Kindsvater** (sorgeberechtigt) Datum, Unterschrift

Praxis Wunderkind
Dr. med. Olga Stanković-Dahmen



Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, meinen Sohn/meine Tochter

_____

geb. _____ durch Fr. Dr. med. Olga Stankovic-Dahmen behandeln zulassen.

Das Sorgerecht liegt zu _____% bei der Kindesmutter und zu _____% beim Kindesvater.

Art der Behandlung	**Kindsmutter**	**Kindsvater**
Allgemeine Behandlung (Erst -und Wiedervorstellung, ggf.Testung)		
Psychotherapie		
medikamentöse Behandlung		

Mit einem Kreuzchen (x) geben Sie Ihr Einverständnis zur Art der Behandlung.
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Name, Vorname **Kindsmutter** (sorgeberechtigt) Datum, Unterschrift

Name, Vorname **Kindsvater** (sorgeberechtigt) Datum, Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Olga Stankovic-Dahmen. Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: Dr. Olga Stankovic-Dahmen, Pariser Str. 51, 10719 Berlin, Tel.: 030 88720610

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeut bzw. ihrer Therapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten, bzw. die Ihres minderjährigen Kindes nur dann an Dritte, wenn dieses gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Psychotherapeuten, Ärzte, anderweitige Therapeuten und Heilberufler, Kliniken, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Kammern und privatärztliche Verrechnungsstellen (z. B. PVS), sowie SMS-Erinnerungsdienste (z. B. Telemed) sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von therapeutischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger wie z. B. Ämter. Wir bemühen uns die Patientenversorgung auch mittels Video Sprechstunde zu gewährleisten. Diese sind für die Patienten zertifizierte Videodienst-Anbieter, die wir von der KV Berlin gelistet bekommen haben. Je nach Verfügbarkeit beziehungsweise Überlastung der einzelnen Dienstleister kann es auch von uns aus zu einem Wechsel kommen mit dem Sie sich dann hiermit ebenfalls einverstanden erklären. Sollten Sie nicht einverstanden sein, bitten wir Sie uns vor einer Video Sprechstunde darüber in Kenntnis zu setzen. Bitte Bedenken Sie, dass ab 2021 auch die TI (Telematikinfratruktur) greift, die Ihr Einverständnis erforderlich macht so, dass unter anderem die Diagnosen, medizinischen Daten, Medikamente und Therapieempfehlungen, sowie ggf. Weiteres auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden kann.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Frau Maja Smoltczyk, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin
Tel.: +49 (0)30 13889-0 - Fax: +49 (0)30 2155050 - E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Das vorgelegte Dokument wurde verstanden und zur Kenntnis genommen:

Berlin, den

Vor-/Nachname: _____

Unterschrift: _____

RED
Funktioniert.
Einfach.
Immer.

Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

ärztliche Kontrollen vom Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt nach einer medizinischen Behandlung sind unerlässliche Maßnahmen einer fürsorglichen ärztlichen oder psychotherapeutischen Betreuung durch Ihren Arzt oder Therapeuten. Seit April 2017 sind solche Kontrolluntersuchungen auch in einer Videosprechstunde möglich. Ihr Arzt oder Therapeut entscheidet, ob eine Konsultation per Videosprechstunde für Sie in infrage kommt.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Therapeuten ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihr Arzt/Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen. Dies spart Zeit und Mühen langer Wege für Sie und Ihren Arzt/Therapeuten.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den Ihr Arzt/Therapeut beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Arzt besprechen, auch vertraulich bleibt.

Vor der ersten Videosprechstunde informiert Sie Ihr Arzt über Fragen des Datenschutzes. Ihr Arzt wird außerdem erläutern, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videosprechstunde achten sollten, z. B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten von Ihrem Arzt/Therapeuten einen Termin für die RED connect-Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodienstanbieters und den Einwahlcode für die Videosprechstunde.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Arzt Sie richtig zuordnen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Arzt zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen

RED
Funktioniert.
Einfach.
Immer.

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin Einverstanden, dass
die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

(Stempel der Praxis)

ggf. Praxisstempel/-logo

ACHTUNG

Sie müssen aktiv entscheiden, ob wir ab 2025 hochsensible Daten über Ihre Kinder in die „elektronische Patientenakte (ePA)" speichern müssen!

Das Problem

Ihr Kind ist in unserer Praxis in Behandlung, weil eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychische Störung besteht oder eine solche zumindest vermutet wird. Bei der Behandlung in unserer Praxis entstehen hochsensible persönliche Gesundheitsdaten, bei denen - sofern sie öffentlich bekannt werden - ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung besteht.

Die Gesetzeslage

Ohne einen aktiven Widerspruch erhält jede/r gesetzlich Versicherte ab Januar 2025 eine elektronische Patientenakte (ePA). In der Folge wird diese automatisch mit medizinischen / therapeutischen Daten gefüllt. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind dann gesetzlich verpflichtet, die ePA unaufgefordert mit Befundberichten aus diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und im Verlauf vielen weiteren Daten zu befüllen. Zudem wird u.a. jedes eRezept für Ihr Kind automatisch in der ePA gespeichert, auch werden von den Krankenkassen automatisch Diagnosen, Abrechnungsdaten und Medikationslisten in die ePA eingestellt.

Die Risiken

Um über Risiken zu informieren sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet Sie darauf hinzuweisen, dass es sich bei Daten aus unserer Behandlung um sogenannte hochsensible Daten handelt, bei denen ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden besteht. Denn jede Arztpraxis, jede Therapiepraxis, jedes Krankenhaus, in dem Ihr Kind jetzt oder auch nach Volljährigkeit behandelt wird, kann Daten einsehen, die in der ePA enthalten sind. Ebenso kann dies auch jede Apotheke, in der Sie z.B. elektronische Rezepte einlösen.

Unsere Meinung

Für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben die ärztliche Schweigepflicht und der vertrauliche Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten oberste Priorität! Wir als Praxis haben erhebliche Bedenken in Bezug auf die Sicherheit der hochsensiblen Daten aus unserer Tätigkeit in der ePA.

Aus den dargelegten Gründen empfehlen wir Ihnen, die Entscheidung extrem gründlich zu überdenken, die hochsensiblen Daten aus der Behandlung in unserer Praxis in die ePA einfließen zu lassen. Es handelt sich um Informationen der höchsten Vertraulichkeit und damit um Informationen, die leider immer noch zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen können.

Sofern auch Sie Bedenken in Bezug auf die ePA haben, können Sie von Ihrem generellen Widerspruchsrecht gegen die Einrichtung einer elektronischen Patientenakte für Ihr Kind Gebrauch bei Ihrer Krankenkasse machen. Zumindest aber können Sie Daten aus der Behandlung in unserer Praxis NICHT in der elektronischen Patientenakte speichern lassen.

Bitte wenden!

ggf. Praxisstempel/-logo

Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA) für die/den Patientin/Patienten

_____

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

bei Alter unter 15 Jahren vertreten durch O Sorgeberechtigte/r O gesetzliche/r Vertreter/in

_____

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich wurde ausführlich über die hohe Sensibilität der Daten aus der Behandlung in dieser Praxis informiert und darüber, dass das Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten besteht.

Das Gesetz räumt explizit die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Einrichtung einer ePA ein.

O Ich werde gegenüber der zuständigen Krankenkasse Widerspruch gegen die Einrichtung einer ePA einlegen.
(**Hinweis: Dies müssen Sie bitte direkt gegenüber Ihrer Krankenkasse anzeigen.)**

Alternative 1

Alternativ dazu gibt das Gesetz die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann.
(**Achtung: Dennoch wird Ihre Krankenkasse automatisch u.a. von uns erstellte Diagnosen in die ePA einstellen.)**

O In der hiesigen Facharztpraxis wurde ich auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche keinerlei Daten über die fachärztliche / therapeutische Behandlung in O meine / O die ePA meines Kindes zu übertragen.

O Ich bin außerdem darüber informiert worden, dass ich diesen Widerspruch jederzeit widerrufen kann.

Alternative 2

O Ich bin auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen worden, stimme aber trotz der Gefahr und des Risikos von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei Bekanntwerden dieser Daten ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus der fachärztlichen / therapeutischen Behandlung in

O meine / O die ePA meines Kindes zu. **Gleichzeitig entbinde ich die Praxis und Ihre Mitarbeiter von jeglicher Haftung durch Folgen der Nutzung der elektronischen Patientenakte.**

O Folgende zusätzliche Informationen (Patientenwunsch) sollen in die ePA eingestellt werden:

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift