



Psychotherapeutische Praxis für Erwachsene

Dr. Anke Demmrich

Psychologische Psychotherapeutin

14548 Schwielowsee OT Caputh Straße der Einheit 27

Tel. 033209 / 84 89 44 www.psychotherapie-caputh.de

Erklärung des Patienten zum Befüllen der elektronischen Patientenakte

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Behandelnde verpflichtet sind, die elektronische Patientenakte mit Befunden und Informationen zum aktuellen Behandlungsfall, die in interoperabler Form vorliegen, zu befüllen.

Hiermit wird auch auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann, hinweisen. Dazu können Daten über psychische Erkrankungen gehören.

- ☐ Ich stimme ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus meiner psychotherapeutischen Behandlung in meiner elektronischen Patientenakte zu.

oder

- ☐ Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche keinerlei Daten über meine psychotherapeutische Behandlung in meiner elektronischen Patientenakte. Ich bin weiterhin darüber informiert worden, dass ich den Widerspruch jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift