

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Name des Patienten: _____
Vorname des Patienten: _____
Name des/der Sorgeberechtigten: _____
Vorname des/der Sorgeberechtigten: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die

Praxis für Eltern-, Kinder- und Jugendlichen(gruppen)psychotherapie
Thomas Schneider
Zeilbergsiedlung 32
96126 Maroldsweisach

folgende Daten von mir bzw. meinem Kind in einem Praxisverwaltungsprogramm elektronisch speichert und elektronisch verarbeitet:

1. Biografische Daten:

Name, Vorname
Geburtsdatum
Wohnort
Telefon
Email
Beruf

2. Behandlungsdaten

Vorbehandlungen
Wahrgenommene Termine
Inhalte von Stunden
Biografische Anamnese
Testauswertungen und deren Ergebnisse
Diagnosen
Den Bericht an den Gutachter der Krankenkasse
Schriftverkehr mit Mitbehandlern, Kliniken, Jugendämtern, Schulen etc.

3. Die Daten werden ausschließlich zur Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung sowie zur Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern verwendet.

4. Die Daten werden ausschließlich auf dem Rechner der Praxis gespeichert. Es werden jedoch regelmäßig Sicherungskopien der Daten erstellt, die auf einer oder mehreren (Mehrgenerationen-Sicherungs-Prinzip) verschlüsselten Festplatte(n) erfolgen.

Die verschlüsselten Festplatte(n) wird an folgendem Ort extern aufbewahrt, um im Fall eines Brandes die Daten wieder herstellen zu können. Dazu ist die Praxis verpflichtet.

Aufbewahrungsort der externen Medien ist: Tresor im Büroraum

Zugriff zu auf dem Rechner der Praxis gespeicherten Daten haben folgende Personen:

- der Praxisinhaber
- berechnigte und zur Schweigepflicht verpflichtete Mitarbeiter
- berechnigte und zur Schweigepflicht verpflichtete Kooperationspartner (KVB, Hardwar- und Softwarebetreuungsfirma)

5. Weitergabe der Daten

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Daten an folgende Dritte weitergegeben werden:

- an meine zuständige Krankenkasse/Beihilfestelle/Privatabrechnungsstelle:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Wahrgenommene Termine

Diagnosen

- an den Gutachter der Krankenkasse/Beihilfestelle:

Die Daten werden in pseudonymisierter Form weitergeleitet, d.h. statt Ihres Namens in Reinform wird Ihnen ein Code von Ihrer Krankenkasse/Beihilfestelle zugeordnet. Der Gutachter kann Ihre Identität damit nicht zurückverfolgen.

- im Bericht an den Gutachter:

Symptomatik, Altersangabe, ausgeübter Beruf, Familienstand

Ihre Biografie (in Auszügen ohne Nennung von Namen und Orten)

Krankheitsanamnestische Daten

Psychopathologischer Befund

Krankheitsätiologie und Behandlungsplan

Diagnosen

Prognostische Einschätzung

Verlaufsbericht der Therapiestunden des letzten Behandlungsabschnittes in verdichteter Form (durchgearbeitete Themenbereiche, erzielte Ergebnisse, Mitarbeit)

6. Löschung der Daten und Recht auf Löschung

Die Daten müssen nach dem Sozialgesetzbuch 10 Jahre nach Behandlungsende aufbewahrt werden. Bei einigen chronischen Erkrankungen kann dieser Zeitraum auch 30 Jahre betragen. Nach dieser Frist werden die Daten auf dem Rechner und auf externen Sicherungsdatenträgern gelöscht. Papier-Unterlagen und Akten werden von uns nach dem Bestimmungen der DSGVO vernichtet.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich das Recht auf Löschung habe, sofern nicht andere gesetzliche Grundlagen oder Gründe dagegen sprechen. Ich kann diese Erklärung jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen.

Ich habe diese Ausführungen gelesen, ausreichend Zeit für Fragen gehabt und eine Ausfertigung dieser Erklärung erhalten.

Maroldsweisach, den