

ZUSATZVEREINBARUNG ZUR ELEKTRONISCHEN KOMMUNIKATION

Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten

Name des Patienten: _____

Vorname des Patienten: _____

Name des/der Sorgeberechtigten : _____

Vorname des/der Sorgeberechtigten: _____

Straße: _____

PLz/Ort: _____

wird zwischen der

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

im folgenden Praxis genannt, folgende Vereinbarung geschlossen:

1. Zum Zweck der Kommunikation mit dem Praxisinhaber besteht die Möglichkeit, dass dieser Ihren Namen, Ihre Mobiltelefonnummer und / oder Ihre E-Mail-Adresse in seinem E-Mail Programm (Microsoft Outlook) speichert, das mit dem seinem Mobiltelefon und dessen Mail-Account fortlaufend synchronisiert wird.
2. Um den Prozess der Kommunikation zwischen den Terminen zu vereinfachen bzw. komfortabler zu gestalten bietet Ihnen die Praxis einen Onlinekalender, in dem Sie jederzeit Termine eintragen, verschieben oder stornieren können. Dieser Terminkalender wird von der Firma Doctena betrieben und datenschutzrechtlich verantwortet. Wenn Sie nicht selbst ihre Daten eintragen, sondern dies über mich oder eine/en Praxismitarbeiter/in erfolgt, stimmen Sie zu, dass wir in diesem Falle für Sie Ihren Namen, Ihre Mobilfunknummer und/oder Emailadresse zur Terminbestätigung bzw. -erinnerung speichern. Die Daten des Praxiskalenders von Doctena werden fortlaufend mit dem Mobiltelefon des Praxisinhabers synchronisiert. Um Termine so komfortabel für Sie verwaltbar zu machen ist es somit notwendig, sich mit Ihnen elektronisch zu vernetzen und mit ihnen zu kommunizieren.

3. Um für die Krankenkassen und damit uns als Solidargemeinschaft Kosten zu sparen und Ihnen wichtige Unterlagen zeitnah zur Verfügung stellen zu können, kann es erforderlich sein, Ihnen zu Beginn, im Verlauf oder nach Abschluss der Therapie Unterlagen zukommen zu lassen, z.B. Aufnahme-, Abschluss- und Testfragebögen. Derartige Unterlagen werden von uns ausschließlich chiffriert weitergeleitet. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, diese zur Wahrung des Datenschutzes nach dem Ausfüllen ausschließlich auf dem Postweg oder durch persönliche Übergabe zurückzugeben.
4. Der Patient wurde darüber informiert, dass sich hierbei Risiken ergeben können, z.B. seine genannten Kontaktdaten unverschlüsselt zum Beispiel auf Server von Mail-Diensten oder Messenger-Diensten hochgeladen werden. Das Nutzen von Online-Diensten ist kein sicherer Datenübertragungsweg. Hierfür kann die Praxis keine Verantwortung übernehmen. Der Patient erklärt, dass er auf einen Schadenersatz hieraus, der sich hieraus ergeben könnte, vorab verzichtet, es sei denn, es liegt Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit der Praxis vor.
5. Der Zugang zum Mobiltelefon und dem Laptop der Praxis ist Passwort und Fingerprint geschützt. Die genannte elektronische Kommunikation mit dem Praxisinhaber und die Synchronisation der beiden Geräte geschieht jedoch ausschließlich auf Ihren ausdrücklichen Wunsch und auf eigene Gefahr, da es sich hierbei nicht um sichere Datenübertragungswege handelt.
6. Der Patient wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Praxis zu telefonischen Erreichbarkeitszeiten angerufen werden kann bzw. außerhalb dieser Zeiten Nachrichten auf den Anrufbeantworter gesprochen werden können.
7. Der Verlauf eventueller elektronischer Kommunikation wird regelmäßig ausgedruckt und zur (elektronischen) Patientenakte hinzugefügt. Nach Beendigung der Behandlung werden die Daten unverzüglich vom Mobiltelefon und aus dem Email Programm des Praxisinhabers gelöscht. Für die elektronische Speicherung der Inhalte von Mails/Fax in der Patientenakte gelten darüber hinaus gesetzliche Regelungen, auf die wir Sie in der Erklärung zur Datenverarbeitung bereits schriftlich hingewiesen haben. Die Patienteninformation zum Datenschutz finden Sie im Downloadbereich der Praxishomepage www.tschneider-praxis.de.
8. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen der Patient, dass er sich der oben genannten Risiken bei der Kommunikation mit der Praxis über SMS, Messenger oder E-Mail bewusst ist, dies jedoch dennoch ausdrücklich wünscht, die Risiken in Kauf nimmt und selbst verantwortet.

9. Die Praxis soll folgende meiner Daten auf dem Mobiltelefon/ in Mail-Account speichern und zur Ermöglichung der Kommunikation über SMS / MessengerDienste / E-Mail / elektronische online – Terminplanung nutzen:
 - Vorname, Name
 - Handynummer
 - E-Mail-Adresse

10. Die benannten Kommunikationswege dienen ausschließlich der Vereinbarung von Terminabsprachen und zur Weiterleitung von anonymisierten Unterlagen (z.B. leere Formulare und Fragebögen). Eine darüberhinausgehende Kommunikation ist nicht gestattet. Ebenso verpflichtet sich der Patient die Adressdaten der Praxis nicht an Dritte weitergeben und die Praxis nicht in Gruppen, z.B. WhatsApp-Gruppen, zu vernetzen.

Der Patient wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung einen unbedingten Ausschluss privater Kontakte zwischen Patient und Therapeut zur Wahrung der Abstinenz und therapeutischen Neutralität notwendig macht.

11. Da mit Mobiltelefonen Patientengespräche von mir unbemerkt aufgezeichnet werden können oder über Handy unbemerkt Dritte Therapiesprache abhören können, sind diese während der Therapiestunden auszuschalten. WhatsApp Gruppen von Mitgliedern einer Therapiegruppe untereinander stellen unter Umständen einen Verstoß gegen das Datenschutzgesetz dar. Für Datenschutzverletzungen, die durch derartigen Missbrauch bzw. Verletzung der Aufsichtspflicht entstehen, haftet der Patient bzw. dessen Sorgeberechtigten.

12. Der Patient erkennt an, dass es sich um ein freiwilliges, kostenfreies Zusatzangebot der Praxis handelt, dass weder Bestandteil einer gesetzlichen Regelung ist, noch zum Standard psychotherapeutischer Behandlung gehört. Der Patient wurde informiert, dass die Praxis zu diesem Angebot nicht verpflichtet ist. Die Praxis ist auch nicht verpflichtet, die technische Funktionsfähigkeit zu garantieren. Im Fall der Nichterreichbarkeit der Praxis auf den hier genannten Kommunikationswegen ist der Patient verpflichtet, andere Wege zu wählen, z.B. per Telefon etc.

13. Im Fall von Terminabsagen außerhalb des Doctena Onlineterminportales der Praxis z.B. über Email oder SMS geht das Risiko einer Nichtzustellung auf den Patienten über. Es wird dringend empfohlen, Absagen zusätzlich persönlich oder auf dem Anrufbeantworter der Praxis vorzunehmen. SMS oder Email sollten, sofern dies technisch möglich ist, mit einer Aufforderung zur Empfangsbestätigung versehen werden.

14. Die Erreichbarkeit der genannten Dienste bezieht sich nur auf die Zeiträume, in denen die Praxis Sprechstunden anbietet. Außerhalb dieser Zeiten kann für eine

Erreichbarkeit keine Gewährleistung übernommen werden. Der Empfang von Terminabsagen, die an einem Tag nach der Praxisprechzeit erfolgen, werden auf den nächsten Tag, an dem die Praxis wieder geöffnet haben, datiert.

15. Die Praxis und der Patient können jederzeit ohne Nennung von Gründen von dieser Vereinbarung zurücktreten oder diese widerrufen. Ebenso kann die Praxis diese Vereinbarung jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen und durch eine neue ersetzen. Im Einzelfall können auch patientenspezifische Zusatzregelungen oder Bedingungen vereinbart werden.
16. Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Abschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich die Vereinbarung als lückenhaft erweist.
17. Ich habe eine Ausführung dieser Vereinbarung erhalten und hatte ausreichend Zeit, Fragen hierzu zu stellen.

_____ den _____
Ort: Datum:

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter