

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

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

bei Alter unter 15 Jahren vertreten durch ☐ Sorgeberechtigte/r ☐ 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.

☐ 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.)

☐ 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 meine / die ePA meines Kindes zu übertragen.

Hinweis: Dieser Widerspruch kann jederzeit widerrufen werden.

Alternative 2

☐ 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

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

☐ meine / ☐ die ePA meines Kindes zu.

Gleichzeitig entbinde ich die Praxis und Ihre Mitarbeiter von jeglicher Haftung durch Folgen der Nutzung der elektronischen Patientenakte.

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

Ort, Datum

Unterschrift
