



Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Besondere Patientenaufklärungspflicht: Aufklärung über Risiken von Daten und Nachteile der Speicherung von Inhalten aus meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der elektronischen Patientenakte (ePA)

Zur Meidung von Diskriminierung und Stigmatisierung ist der Psychiater und Psychotherapeut zur besonderen Aufklärung über die Risiken bei der Nutzung bei der elektronischen Patientenakte verpflichtet.

Hiermit **bestätige ich**, dass ich die besondere Aufklärung zu den Risiken der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis Dr. med. U. Bohnet als auch die auf den folgenden Seiten benannten Hinweise und Aufklärungen <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html> in Verbindung mit <https://www.praxis-drbohnnet.de/elektronische-patientenakte-epa.html>, <https://www.gesundheitsdaten-in-gefahr.de/>, <https://widerspruch-epa.de/haeufig-gestellte-fragen-faq/> zur Kenntnis genommen, gelesen und verstanden habe.

Hiermit widerspreche ich oder habe bereits widersprochen insgesamt der Anlage der elektronischen Patientenakte (ePA) für meine Person (**dies muss durch Pat. an Krankenkasse erfolgen**- siehe Seite <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>) **In diesem Falle entfallen weitere Angaben!**

Hiermit widerspreche ich oder habe bereits widersprochen der Bereitstellung der elektronischen Versorgungs- bzw. Abrechnungsdaten (eAD) durch meine Krankenkasse in meine ePA (**dies muss durch Pat. an Krankenkasse erklärt werden**- sh. <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>)- (aus diesen Daten werden immer auch die Behandlung in der psychiatrischen Praxis erkennbar)

Hiermit widerspreche ich oder habe bereits widersprochen der Übermittlung meiner persönlichen Daten an das ForschungsDatenZentrum (FDZ) (**durch Pat. an Krankenkasse**- siehe <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>) (aus diesen Daten werden immer auch die Behandlung in der psychiatrischen Praxis erkennbar)

Hiermit widerspreche ich oder habe ich widersprochen der Nutzung meiner Medikationsdaten (wichtig: Sie können nicht nur einzelnen Medikamenten widersprechen, die Sie für andere erkennbar als psychiatrisch behandelt machen)

Ich widerspreche aktuell nur der Speicherung von Daten aus meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (**dies muss durch Pat. an Praxis Bohnet schriftlich erklärt werden**) in die elektronische Patientenakte (ePA)

Weitere Informationen unter <https://www.praxis-drbohnnet.de/elektronische-patientenakte-epa.html> und <https://www.praxis-drbohnnet.de/besondere-patientenaufklaerung-elektronische-patientenakte-epa.html>

Jeden Punkt dieser Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

_____, den _____

Unterschrift _____