

Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA) für

Name, Vorname, Geburtsdatum

☐ **Möglichkeit 1**

Ich wurde ausführlich über die hohe Sensibilität der Daten aus der Behandlung in dieser Praxis informiert und über das Risiko von Speicherung dieser Daten in der ePA. Es gibt die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Einrichtung einer ePA, ich werde diesen gegenüber der zuständigen Krankenkasse einlegen.

Hinweis: Widerspruch müssen Sie direkt gegenüber Ihrer Krankenkasse einlegen, diesen können Sie jederzeit widerrufen.

☐ **Möglichkeit 2**

Alternativ dazu gibt es die Möglichkeit des Widerspruchs gegen die Speicherung von Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung geben kann. In der hiesigen Facharztpraxis wurde ich auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche keinerlei Daten über die hiesige fachärztliche Behandlung in

☐ der ePA meines Kindes / meiner ePA zu speichern

Achtung: Ohne die Löschung der ePA wird Ihre Krankenkasse trotzdem von uns erstellte Diagnosen in die ePA einstellen.

Hinweis: Den Widerspruch können Sie jederzeit widerrufen

☐ **Möglichkeit 3**

Ich bin auf die Möglichkeit des Widerspruchs hingewiesen worden, stimme aber trotz der möglichen Risiken ausdrücklich der automatisierten Speicherung von dafür vorgesehenen Daten aus der fachärztlichen Behandlung in der ePA meines Kindes / meiner ePA zu.

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

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte bis 14. LJ

Unterschrift Patient/in ab 15. LJ