***Pat.-Einverständniserklärung -***

*Lieber User der App, weiter unten finden Sie einen Entwurf für eine Patienten-Einwilligungserklärung bei App-Nutzung mit* ***normalem Word-Export****.*

*KURZVERSION*

*Dieser Entwurf wurde unter Mitwirkung von Rechtsanwältin/Fachanwältin Maia Steinert (Medizinrecht, Urheber- und Medienrecht) erstellt.*

*Bitte passen Sie den Text ggf. auf Ihre therapeutischen Rahmen (ambulant oder stationär) an, ohne den Sinn zu verändern.*

*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\**

|  |
| --- |
| Geben Sie hier oben Ihren Namen bzw. Ihre Praxis/Klinik-Adresse ein |

**Einwilligung zur Nutzung einer digitalen Praxis-Anwendung im Rahmen der Therapiebeantragung und Qualitätssicherung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zur Beantragung einer Psychotherapie und zur Qualitätssicherung ist eine wissenschaftlich fundierte Fallkonzeption erforderlich. Dies stellt eine gezielte und effektive Behandlung sicher.

Zur Unterstützung kann eine digitale Anwendung genutzt werden, in die Ihre Gesundheitsdaten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form (z. B. durch psychologische Fachbegriffe) eingegeben werden. Die fachliche Auswahl, Prüfung und Beurteilung erfolgt ausschließlich durch mich. Die Anwendung dient nur als Hilfsmittel zur systematischen Erfassung und Strukturierung der relevanten Aspekte.

**Ziel** ist die effizientere Bearbeitung administrativer und konzeptioneller Abläufe. (Schriftliche Fallkonzepte sind seit über 50 Jahren ein fester Bestandteil der ambulanten Psychotherapie.)

**Datenschutz & Sicherheit**

* **Keine Rückschlüsse auf Ihre Person:** Die Daten (ohne Namen) werden ferner so abstrakt verarbeitet, dass keine Identifikation möglich ist.
* **Lokale Speicherung:** Ihre Daten werden ausschließlich auf einem gesicherten Praxisrechner gespeichert.
* **Keine externe Weitergabe:** Die Daten verbleiben in der Praxis und werden nicht an Dritte übermittelt.
* **Offline-Nutzung:** Die Anwendung arbeitet vollständig offline (außer zur Lizenzüberprüfung).
* **Rechtliche Grundlage:** Verarbeitung gemäß DSGVO und berufsrechtlichen Vorschriften.
* **Vertraulichkeit:** Alle beteiligten Dienstleister sind an Datenschutzvorgaben gebunden.

**Ihre Einwilligung**

Ich habe den Zweck und die Nutzung der digitalen Anwendung verstanden und willige ein, dass meine Gesundheitsdaten wie beschrieben verarbeitet werden dürfen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Unterschrift:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Bei Minderjährigen: Einwilligung durch Erziehungsberechtigte. Jugendliche ab 16 Jahren können selbstständig einwilligen, sofern einsichtsfähig.)*