***Pat.-Einverständniserklärung -***

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

*LANGVERSION*

*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,**

Der moderne Praxisalltag/Klinikalltag erfordert den Einsatz digitaler Hilfsmittel zur Optimierung von therapeutischen Prozessen. Diese Einwilligungserklärung informiert Sie darüber, wie eine digitale Anwendung im Rahmen der Therapiebeantragung und Qualitätssicherung verwendet wird und welche Daten dabei verarbeitet werden.

**Zweck der digitalen Anwendung**

Für die Beantragung einer Psychotherapie sowie zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität ist es notwendig, dass in meiner Praxis eine wissenschaftlich fundierte, diagnostische Fallkonzeption erstellt wird. Dies gewährleistet eine gezielte, effektive und fachlich fundierte psychotherapeutische Behandlung.

Zur Unterstützung dieses Prozesses kann es erforderlich sein, dass ich Ihre Gesundheitsdaten anonymisiert oder in abstrakter, pseudonymisierter Form (z. B. durch psychologische Fachbegriffe zur Beschreibung der Erkrankung) in eine, zu therapeutischen Zwecken entwickelte digitale Anwendung eingebe.

Die therapeutisch-diagnostische Auswahl und Bewertung der relevanten psychologischen Aspekte sowie die professionelle Prüfung, Bearbeitung und Beurteilung der Fallkonzeption erfolgen in allen Schritten ausschließlich durch mich.
Die digitale Anwendung dient lediglich als unterstützendes Werkzeug, um die für die fachwissenschaftliche Fallkonzeption erforderlichen Aspekte – vergleichbar mit einer Checkliste – systematisch zu erfassen und zu strukturieren. Ziel ist eine geordnete, schriftliche Darstellung, die den professionellen Anforderungen entspricht, auf deren Grundlage auch die Therapie bewilligt werden kann.

Schriftliche Fallkonzepte und Berichte sind seit über 50 Jahren fester Bestandteil der ambulanten Psychotherapie – insbesondere für Therapieanträge, Verlängerungen, Dokumentation und Qualitätssicherung.

**Ziel der digitalen Anwendung ist es, diese administrativen und konzeptionellen Abläufe effizienter zu gestalten, um sich auf das Wesentliche – die Therapie- zu konzentrieren.**

Wenn Sie weitere Fragen über Sinn und Verwendung dieser schriftlichen Falldarstellung und Berichte haben, sprechen Sie mich hierzu gerne an.

**Datenschutz und Datensicherheit**

* **Keine Rückschlüsse auf Ihre Person:** Die in die digitale Anwendung eingegebenen Daten (ferner ohne Namen) werden in einer so abstrakten und generalisierten Form und ohne Angaben von Namen und Orten etc. verarbeitet, dass keine direkten Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Dies bedeutet, dass der erstellte Bericht keine persönlichen Identifikationsmerkmale enthält und primär auf diagnostischen und therapeutischen Fachbegriffen basiert.
* **Lokale Speicherung:** Ihre Daten werden nicht auf Online-Servern gespeichert, sondern ausschließlich lokal auf einem gesicherten Praxisrechner.
* **Keine externe Übermittlung:** Die digitalen Daten verbleiben vollständig in der Praxis und werden nicht an Dritte weitergegeben.
* **Offline-Nutzung:** Die digitale Anwendung arbeitet (mit Ausnahme der Lizenzüberprüfung) vollständig offline.
* **Rechtliche Grundlage:** Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage der geltenden Datenschutzgesetze, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie der berufsrechtlichen Vorschriften für Psychotherapeuten.
* **Verpflichtung zur Vertraulichkeit:** Alle an der Verarbeitung beteiligten Dienstleister sind gesetzlich und/oder vertraglich zur Einhaltung der Datenschutz- und Sicherheitsvorschriften verpflichtet.

**Ihre Einwilligung**

Ich habe den Zweck und die Funktionsweise der digitalen Anwendung verstanden und willige ein, dass meine Gesundheitsdaten in der oben beschriebenen Weise zu den genannten Zwecken verarbeitet werden dürfen.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

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

*(Bei Minderjährigen: Einwilligung durch die Erziehungsberechtigten erforderlich. Jugendliche ab Vollendung des 16. Lebensjahres können, sofern einsichtsfähig, selbstständig einwilligen.)*