

	Dokumentenname: Patientenerklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA)	Check: Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 1
	Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Ildikó Czeiner August-Mohl-Str. 38 95030 Hof/Saale	 Arztpraxis

Information und Einverständniserklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Familien und Angehörige,

vor kurzem wurde die elektronische Patientenakte (ePA) bundesweit eingeführt.

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie die Verwendung der Daten aus der Behandlung Ihres Kindes in der ePA handhaben möchten:

Optionen zur Datenspeicherung in der ePA:

- ☐ Ich/Wir haben der Anlage der gesamten ePA bei der Krankenkasse widersprochen →
Es wird keine ePA angelegt.
- ☐ Ich/Wir widersprechen der Einstellung von Daten aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in die ePA →
Es werden keine Behandlungsdaten durch die Praxis eingestellt.
- ☐ Ich/Wir willigen ausdrücklich ein, dass Arztbriefe aus der Behandlung in die ePA eingestellt werden dürfen. Uns ist bewusst, dass es sich dabei um besonders schützenswerte medizinische Daten handelt und dass diese von allen berechtigten Stellen eingesehen werden können.
HINWEIS: Das mögliche Bekanntwerden dieser Daten kann Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben. Gleichzeitig existieren erhebliche Bedenken zur Datensicherheit. Dies betrifft zum Beispiel Daten zu psychischen Erkrankungen und damit alle Daten aus den Behandlungen in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen.

Erklären Patienten ihren Widerspruch, ist dieser nachprüfbar in der Behandlungsdokumentation zu protokollieren.

Wir weisen darauf hin, dass die Abrechnungsdaten unabhängig von der hier vorliegenden Vereinbarung seitens der Krankenkassen in die ePA eingestellt werden. Aus den Abrechnungsdaten können sich für zugriffsberechtigte Personen Hinweise auf Diagnosen und Behandlungen – auch aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung – ergeben.

Patient:

 Name, Vorname

 Geb.-Datum

Ausgefüllt von:

 Name, Vorname

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient/Sorgeberechtigte(r)

Datum: erstellt/von	Datum: geprüft/von	Datum Freigabe/von PL	Dokumentenpfad:
20.11.2025	21.02.2026	21.02.2026/ IC	USB-Stick:\QMH\FB\Patientenerklärung zur ePA
C. Wolfrum	I. Czeiner		