



Datenschutzerklärung und Schweigepflichtsentbindung Erhebung von Daten während der Psychotherapie

Aufklärung zum Datenschutz für _____ geb. am _____

Zur Planung, Beantragung, Durchführung, Abrechnung und zur Dokumentation meiner/unserer psychotherapeutischen Behandlung bzw. der psychotherapeutischen Behandlung unseres Kindes werden, Informationen über mich / uns / mein Kind erhoben und ausgewertet (u.a. Diagnostik). Für den Schutz der Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen, über die ich aufgeklärt wurde. Ich erkläre mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung für diese Zwecke einverstanden.

Mein Psychotherapeut, Herr Michael Sauer, wird o.g. Daten in der Praxis oder dem jeweiligen Erhebungsort (bei Behandlungen im Lebensumfeld des Patienten) erheben und in der „**Praxis für Psychologie und Psychotherapie Michael Sauer**“ (nachfolgend Praxis), am Bärplatz 6/7 in D-06366 Köthen (Anhalt) führen sowie diese Daten zu Abrechnungs- und Dokumentationszwecken an die Kassenärztliche Vereinigung in Magdeburg (KVSA) weitergeben.

Ich wurde explizit darüber aufgeklärt, dass die Schweigepflicht in besonderen Fällen nicht gilt (u.a. zukünftige Selbst- & Fremdschädigung).

Insoweit bin ich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten einverstanden. Ich willige in die Übermittlung der Daten an die Praxis ein und entbinde meinen Behandler **Dipl.-Psych. Michael Sauer** insoweit von der Schweigepflicht.

Köthen, den.....

.....
Unterschrift Patient/
Sorgeberechtigter

.....
Dipl.-Psych. Michael Sauer
Psychologischer Psychotherapeut

Schweigepflichtsentbindung Hausarzt

Mein zuständiger Hausarzt ist

Adresse:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Behandler **Dipl.-Psych. Michael Sauer** Behandlungsdaten und Befunde, die für meine Behandlung/die Behandlung meines Kindes erforderlich sind, bei meinem Hausarzt erhebt (u.a. Konsiliarbericht). Des Weiteren verfüge ich:

- Ich wünsche **keine jährlichen Hausarztberichte**
- Nach Abschluss** meiner Behandlung erhält mein Hausarzt einen **Behandlungsbericht**
- Nach Abschluss** meiner Behandlung erhält mein Hausarzt **keinen Behandlungsbericht**
- Fordert mein Hausarzt behandlungsrelevante Daten an, erlaube ich die Übermittlung durch meinen Therapeuten **ohne explizite Rücksprache** mit mir.
- Fordert mein Hausarzt behandlungsrelevante Daten an, erlaube ich die Übermittlung durch meinen Therapeuten **ausdrücklich nicht**.

Die Einwilligungen in diese Erklärung sind freiwillig. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

Köthen, den.....

.....
Unterschrift Patient/
Sorgeberechtigter

.....
Dipl.-Psych. Michael Sauer
Psychologischer Psychotherapeut

Kontaktaufnahme Therapeut

Zur Kontaktaufnahme und Terminabstimmung möchte ich gerne nutzen:

- Post: _____ (Bitte Adresse eintragen)
- E-Mail: _____ (Bitte Adresse eintragen)
- WhatsApp: _____ (Daten geschützt)
- Handy/Telefonie: _____ (Bitte Nummer eintragen)



Datenschutzerklärung und Schweigepflichtsentbindung Erhebung von Daten während der Psychotherapie

Entbindung von der Schweigepflicht Facharzt

Mein **zuständiger Facharzt** ist.....

Adresse:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Behandler **Dipl.-Psych. Michael Sauer** Behandlungsdaten und Befunde, die für meine Behandlung/die Behandlung meines Kindes erforderlich sind, bei meinem Facharzt erhebt (z.B. Konsiliarbericht). Des Weiteren verfüge ich:

- Nach Abschluss** meiner Behandlung erhält mein Facharzt einen **Behandlungsbericht**
- Nach Abschluss** meiner Behandlung erhält mein Facharzt **keinen Behandlungsbericht**
- Fordert mein Facharzt behandlungsrelevante Daten an, erlaube ich die Übermittlung durch meinen Therapeuten **ohne explizite Rücksprache** mit mir.
- Fordert mein Facharzt behandlungsrelevante Daten an, erlaube ich die Übermittlung durch meinen Therapeuten **ausdrücklich nicht**.

Die Einwilligungen in diese Erklärung sind freiwillig. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

Köthen, den.....

.....
Unterschrift Patient/
Sorgeberechtigter

.....
Dipl.-Psych. Michael Sauer
Psychologischer Psychotherapeut

Einwilligung Videotherapie, sowie Video- & Tonbandaufzeichnungen

Die „**Praxis für Psychologie und Psychotherapie Michael Sauer**“ ist eine Lehr- und Ausbildungspraxis. Um die Behandlungsqualität zu erhöhen, ihren Behandlungserfolg zu maximieren, meine fachlichen Fertigkeiten zu verbessern und zur Qualitätssicherung sind Video- und Tonbandaufzeichnungen hilfreich und wünschenswert. Darüber hinaus hat es sich bewährt, dass meine Patienten Audioaufnahmen der Sitzungen anfertigen, um wichtige Inhalte der Therapie zu bewahren. Sämtliche Aufnahmen werden gemäß Datenschutzgrundverordnung streng vertraulich behandelt, dürfen weder Dritten zugänglich, noch vervielfältigt werden. Eine Nutzung über die bestehende Therapie hinaus ist nicht gestattet. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Zuwiderhandlung eine Straftat darstellt.

Hiermit erlaube ich/wir ausdrücklich die Aufzeichnung/Nutzung von:

- Tonbandaufnahmen
- Videoaufnahmen
- Videotherapie (RedMedical)
- Video- & Tonbandaufnahmen
- keine Aufnahmen

meiner/der therapeutischen Sitzungen unseres Kindes.....

Die Einwilligungen in diese Erklärung sind freiwillig. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

Köthen, den.....

.....
Unterschrift Patient/
Sorgeberechtigter

.....
Dipl.-Psych. Michael Sauer
Psychologischer Psychotherapeut