

## Information & Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA) – Kinder und Jugendliche –

Praxisstempel
---------------

**Zum Verbleib in der Akte des/der  
Psychotherapeut\*in! NICHT zur  
Versendung an die Krankenkasse!**

Name des Kindes / Jugendlichen:	
Geburtsdatum:	
Sorgeberechtigte (bei gemeinsamem Sorgerecht bitte beide Sorgeberechtigten angeben)	1
	2

Der Gesetzgeber hat in **§ 341 SGB V** festgelegt, dass Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen verpflichtet sind, auf Wunsch der Patient\*innen medizinische Unterlagen, die im Rahmen der aktuellen Behandlung entstehen und in elektronischer, interoperabler Form vorliegen, in die elektronische Patientenakte (ePA) einzustellen.

Patient\*innen können **jederzeit bestimmen**, welche Daten in ihre ePA eingestellt oder daraus gelöscht werden, und **wer auf ihre ePA zugreifen darf**. Sie haben außerdem das Recht, der Übermittlung oder Speicherung bestimmter Daten zu widersprechen, insbesondere wenn deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung geben kann (z. B. Daten über psychische Erkrankungen). Ein Widerspruch gegen die Speicherung psychotherapeutischer Daten ist jederzeit möglich – insbesondere, wenn deren Bekanntwerden das Vertrauen, den Therapieverlauf oder das Kindeswohl gefährden könnte.

### **Kinder und Jugendliche haben ein altersabhängiges Mitspracherecht:**

- Bis zum 15. Geburtstag verwalten die Sorgeberechtigten die ePA.
- Ab dem 15. Geburtstag erhalten Jugendliche einen eigenen ePA-Zugang und dürfen selbst bestimmen, welche Daten eingestellt oder gelöscht werden.

## Erklärungen der Sorgeberechtigten

Ich / Wir wurden über die elektronische Patientenakte (§ 341 SGB V) und das Recht zum Widerspruch informiert und erklären:

- ☐ Ich / Wir **widersprechen**, dass Daten über die psychotherapeutische Behandlung meines / unseres Kindes / Jugendlichen in die elektronische Patientenakte eingestellt werden.
- ☐ Ich / Wir wurden darüber informiert, dass dieser Widerspruch jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.
- ☐ Ich / Wir **untersagen** der behandelnden Psychotherapeutin\*in **den Zugriff** auf die elektronische Patientenakte, auch zum Lesen oder Abrufen darin gespeicherter Daten
- ☐ Ich / Wir wurden darüber informiert, dass diese Entscheidung jederzeit geändert und der Zugriff wieder erlaubt werden kann
- ☐ Ich / Wir erkläre(n) mein / unser **ausdrückliches Einverständnis**, dass die im Rahmen der Behandlung elektronisch vorliegenden und dafür vorgesehenen Daten in die **elektronische Patientenakte eingestellt** und dort gespeichert werden dürfen. Gleichzeitig gestatte(n) ich / wir der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Dokumente einzusehen, soweit sie für die Behandlung relevante Informationen enthalten.

Ort, Datum:

---

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r 1:

---

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r 2

---

## **Erklärung bei alleiniger Sorge (falls zutreffend)**

- ☐ Ich bestätige, dass ich allein sorgeberechtigt bin und diese Entscheidung allein treffe.  
(Nachweis kann auf Verlangen vorgelegt werden.)

## Erklärung des Jugendlichen (ab 15 Jahren)

Ich wurde über die elektronische Patientenakte (§ 341 SGB V) und meine Rechte zum Widerspruch informiert. Ich entscheide selbst, ob Daten aus meiner psychotherapeutischen Behandlung in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden dürfen oder nicht.

- ☐ Ich **widerspreche**, dass Daten über meine psychotherapeutische Behandlung in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden.
- ☐ Ich wurde darüber informiert, dass diese Entscheidung jederzeit geändert und der Zugriff wieder erlaubt werden kann
- ☐ Ich **erkläre mein ausdrückliches Einverständnis**, dass die im Rahmen meiner Behandlung elektronisch vorliegenden dafür vorgesehenen **Daten in meine elektronische Patientenakte eingestellt und dort gespeichert werden** dürfen. Gleichzeitig gestatte ich meiner Psychotherapeut\*in diese Dokumente einzusehen, soweit sie für meine Behandlung relevante Informationen enthalten.

Ort, Datum:

---

Unterschrift Jugendliche\*r  
(ab 15 Jahren):

---

Hinweis:

Diese Erklärung verbleibt in der Behandlungsdokumentation und dient der rechtssicheren Nachvollziehbarkeit der ePA-Beratung, des Widerspruchs oder der Einwilligung.