PRAXIS KOLIBRI
BEGLEITEN · HELFEN · VERSTEHEN

Patienteninformation und Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Liebe Familien,

seit dem 01.01.2021 haben alle gesetzlich Krankenversicherten Anspruch auf eine elektronische Patientenakte (ePA). Diese dient dazu, medizinische Befunde, Diagnosen, Medikationspläne und weitere Gesundheitsdaten zentral und sicher zu speichern. Sie allein entscheiden, ob und in welchem Umfang diese Akte genutzt wird.

Hinweis: Ab dem **01.10.2025** wird die ePA für alle gesetzlich Versicherten von den Krankenkassen aktiviert. Sie können jederzeit entscheiden, ob und wie die Akte genutzt wird. Über die ePA-App Ihrer Krankenkasse haben Sie die Möglichkeit, individuelle Einstellungen vorzunehmen (z. B. Zugriffsrechte, Freigaben oder Sperren für bestimmte Praxen/Kliniken). Bei weiteren Fragen dazu, wenden Sie sich gerne an Ihre Krankenversicherung.

Wir als Praxis benötigen Ihre Rückmeldung, wie mit Ihrer elektronischen Patientenakte verfahren werden soll. Bitte lesen Sie die folgenden Punkte aufmerksam durch und markieren Sie die für Sie zutreffende Option.

1. Entscheidung über das Vorhandensein einer ePA

☐ Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse der Anlage einer ePA widersprochen oder deren **Löschung beantragt**.

☐ Ich habe eine ePA, möchte jedoch **nicht, dass diese von dieser Praxis befüllt** wird.

☐ Ich habe eine ePA und **erlaube dieser Praxis die Befüllung** mit medizinischen Daten.

2. Schweigepflicht und Hinweis auf Risiken

Mir ist bekannt, dass die in meiner ePA gespeicherten Informationen auch von anderen von mir berechtigten Ärzt:innen und Einrichtungen eingesehen werden können.
Ich entbinde die behandelnden Ärzt:innen dieser Praxis insoweit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Befüllung und Freigabe meiner ePA erforderlich ist.

Hinweis auf Restrisiko:
Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis, dass trotz bestehender Sicherheits- und Datenschutzvorkehrungen aus technischen Gründen nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, dass Gesundheitsdaten im Rahmen der ePA von anderen Praxen oder Einrichtungen eingesehen werden.
Ich erkläre, dass ich das Risiko eines für mich nachteiligen Gebrauchs oder Missbrauchs meiner Gesundheitsdaten bewusst in Kauf nehme, wenn meine ePA aktiviert ist.

□ **Ich habe den Hinweis zum Restrisiko gelesen und zur Kenntnis genommen.**

3. Widerruf

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

4. Hinweis zur Nutzung der ePA durch die Praxis

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Praxis nicht verpflichtet ist, Inhalte meiner ePA routinemäßig einzusehen oder auszuwerten.
Sollten Informationen aus meiner ePA für die Behandlung erforderlich sein, liegt es in meiner Verantwortung, das Praxisteam hierauf ausdrücklich hinzuweisen.

Ort, Datum: _____

Name Patient:in: _____

Unterschrift Patient:in ab 14. Lj.: _____

Unterschrift <u>beider</u> sorgeberechtigten Eltern:

_____ _____