



Ambulanzleitung: [Name]
Geschäftsführung: [Name]


Adresse

Email-Adresse

 [Telefonnummer]

[Erreichbarkeit]

 [Faxnummer]

 [Email-Adresse]

Erklärung

Vorname und Name des Patienten / der Patientin

Geburtsdatum

Allgemeine Aufklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich über den Ablauf und die besonderen Bedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung im [Name der Ambulanz] der [Name der Universität] informiert worden bin, insbesondere in Bezug auf die Dokumentation meiner persönlichen Daten und meines Therapieverlaufs in der Patientenakte, in der Rechneranlage sowie auf Ton- und Bilddatenträgern.

[Ort], den

Datum

Unterschrift

Therapiedokumentation

Zur Planung und Beantragung, Durchführung, Abrechnung und zur Dokumentation meiner psychotherapeutischen Behandlung werden Informationen über mich und meine Problemstellung erhoben und ausgewertet. Für den Schutz meiner Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Ich erkläre mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung für diese Zwecke einverstanden.

[Ort], den

Datum

Unterschrift

Schweigepflichtsentbindung (intern)

Sämtliche Behandlungen am Zentrum für Psychotherapie werden supervidiert (Einzel- und Gruppensupervision). Soweit für diesen Zweck erforderlich entbinde ich meine Behandler/in und die Ambulanz von der Schweigepflicht gegenüber dem/der zuständigen Supervisor/in (und dessen/deren Stellvertreter/in) bzw. den ambulanzinternen Teilnehmern der Gruppensupervision.

[Ort], den

Datum

Unterschrift

Forschungsbezogene Datenverwendung

Der Verlauf und der Erfolg jeder Psychotherapie am Zentrum für Psychotherapie wird durch regelmäßige Fragebogenerhebungen erfasst. Alle therapiebezogenen Daten werden nach Ablauf ihrer Behandlung – anonymisiert, ohne ihren Namen oder sonstige Personendaten – in den Datenbestand der Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie übernommen und ggf. im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen ausgewertet. Falls Daten, z. B. im Rahmen von wissenschaftlichen Kooperationsprojekten, im In- oder Ausland weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich zu statistischen/wissenschaftlichen Zwecken und Sie werden darin ausnahmslos *nicht* namentlich genannt. Ich erkläre mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner – vollständig anonymisierten - Daten für forschungsbezogenen Zwecke einverstanden.

Mein Einverständnis gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs

[Ort], den

Datum

Unterschrift

Videoaufzeichnungen: Einverständnis zu Zwecken der Vor- und Nachbereitung und Supervision der Therapiesitzungen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt werden, und dass diese zur Optimierung der Behandlung und Supervision genutzt werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person voll gewürdigt bleiben: Einblick erhalten nur Personen, die mit meiner Behandlung beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden spätestens zum Ende der Therapie gelöscht und nicht langfristig gespeichert. Mein Einverständnis gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs

[Ort], den

Datum

Unterschrift

Videoaufzeichnungen: Einverständnis zu forschungsbezogenen Auswertung einzelner Videoaufzeichnungen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Gesprächsaufzeichnungen meiner Behandlung in Wort und Bild im Rahmen forschungsbezogener Auswertungen verarbeitet und genutzt werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person voll gewürdigt bleiben: Einblick erhalten nur Personen, die mit der jeweiligen Forschungsfrage beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden entsprechend der Archivierungsaufgaben von Forschungsarbeiten aufbewahrt. Mein Einverständnis gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs

[Ort], den

Datum

Unterschrift

Videoaufzeichnungen: Einverständnis zur Nutzung einzelner Videoaufzeichnungen in der Ausbildung zukünftiger Psychotherapeutinnen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Gesprächsaufzeichnungen meiner Behandlung in Wort und Bild für die Ausbildung zukünftiger Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, verwendet werden dürfen. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person voll gewürdigt bleiben: Einblick erhalten nur Personen, die der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden auf unbestimmte Zeit archiviert. Mein Einverständnis gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs

[Ort], den

Datum

Unterschrift

Emailkontakte

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass Emails **nicht** den Ansprüchen des Datenschutzes und damit der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Ich erkläre mich dennoch damit einverstanden, dass Terminabsprachen per Email getroffen werden können.

[Ort], den

Datum

Unterschrift

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