

**PRAXIS für KINDER- und
JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE
und PSYCHOSOMATIK**

DR. med. NIMA FOROUHER



Beratung, Diagnostik, Testpsychologie, Krisenintervention, Einzelpsychotherapie, Paar- und Familientherapie

Information und Einverständniserklärung zur ePA (elektronische Patientenakte)

(Stand: 1. Oktober 2025)

Gesetzliche Ausgangslage:

Ohne einen aktiven Widerspruch bei den gesetzlichen Krankenkassen erhalten **alle gesetzlich Versicherten** seit Januar 2025 eine **elektronische Patientenakte (ePA)**. Diese wird automatisch mit medizinischen bzw. therapeutischen Daten gefüllt. Vertragsärzt:innen und Psychotherapeut:innen sind jetzt seit Oktober 2025 gesetzlich dazu verpflichtet, die ePA unaufgefordert mit Befundberichten aus diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie weiteren Behandlungsdaten zu befüllen. Zudem wird u.a. jedes Rezept für Ihr Kind automatisch in der ePA gespeichert. Ebenso werden von den Krankenkassen automatisch Diagnosen, Abrechnungsdaten und Medikationslisten in die ePA eingestellt.

Mögliche Risiken:

Wir sehen es als unsere Verpflichtung an, Sie darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Daten aus unserer Behandlung um hochsensible Daten handelt, bei denen ein Risiko von Diskriminierung oder Stigmatisierung besteht. Denn jede Apotheke, jede Arztpraxis, jede Therapiepraxis und jedes Krankenhaus, in dem Ihr Kind jetzt oder auch nach Volljährigkeit behandelt wird, kann Daten einsehen die in der ePA enthalten sind.

Unser Standpunkt:

Für uns Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen haben die ärztliche Schweigepflicht und der vertrauliche Umgang mit den Gesundheitsdaten unserer Patient:innen oberste Priorität. Wir haben in unserer Praxis erhebliche Bedenken zur Speicherung der Daten unserer Patient:innen in der ePA aus den oben genannten Gründen. Wir empfehlen Ihnen deshalb, Ihre Entscheidung zu überdenken, ob Daten aus der Behandlung in unserer Praxis in die ePA einfließen sollen. Sofern auch Sie grundsätzliche **Bedenken** in Bezug auf die ePA haben, können Sie von Ihrem **Widerspruchsrecht direkt bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** Gebrauch machen. Der andere Weg ist uns **zu beauftragen, keine Daten aus der Behandlung** in die ePA zu übermitteln.

Weitere Informationen: www.bkjpp.de oder www.kbv.de



Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Name, Vorname, Geburtsdatum

(Patient:in)

bei Alter unter 15 Jahren vertreten durch

(sorgeberechtigte Personen)

Ich möchte von meinem **Widerspruchsrecht Gebrauch machen** und beantrage hiermit, dass **keinerlei Daten** der Behandlung aus der Praxis von Dr. Nima Forouher in die ePA meines Kindes übertragen werden.

Hinweis: Dieser Widerspruch kann jederzeit widerrufen werden.

Ich bin auf die Möglichkeit eines Widerspruchs hingewiesen worden. Ich **stimme ausdrücklich** der **automatisierten Speicherung** der dafür vorgesehen Behandlungsdaten aus der Praxis von Dr. Nima Forouher in die ePA meines Kindes zu.

Hinweis: Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Hamburg, den

Ort, Datum

Unterschrift