

## Erklärung

Vorname und Name des Patienten /der Patientin

Geburtsdatum

### Allgemeine Aufklärung & Datenschutzerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich über den Ablauf und die besonderen Bedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung im *Zentrum für Kinder- und Jugendpsychotherapie (KiJu-ZPT)* der Ruhr-Universität Bochum 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.

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 sorgen angemessene technische und organisatorische Maßnahmen. Im Rahmen meiner Behandlung werden Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt. Diese werden zur Optimierung der Behandlung und Supervision verarbeitet und genutzt. 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 Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Die Daten, die im Rahmen meiner Behandlung im KiJu-ZPT erhoben werden, werden in der Regel für die Dauer von 10 Jahren gespeichert (gesetzliche Vorgabe).

Sämtliche Behandlungen am Zentrum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden von besonders ausgebildeten Psychotherapeuten supervidiert (Einzel- und Gruppensupervision). Um den Zweck der Ausbildung und bestmöglichen Behandlung verfolgen zu können, ist es daher im Rahmen einer Behandlung im KiJu-ZPT nötig, meine Therapeutin/meinen Therapeuten von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber den Supervisoren und ggf. den anderen Therapeuten in einer Gruppensupervision zu entbinden (DSGVO, Art. 9, Abs. 2, lit i).

Ebenso werden meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken benutzt und im Datenbestand des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie gespeichert. Die anonymen Daten ermöglichen keine Rückschlüsse auf meine Person und dienen

ausschließlich den Zwecken der Forschung und Statistik für die Qualitätssicherung (DSGVO, Art. 9, Absatz 2, lit j).

**Zusätzlich bin ich ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass besondere personenbezogene Daten (Gesundheitsdaten) von mir verarbeitet werden und stimme dem zu (Art. 9 DSGVO, Abs. 2, lit h).**

Die Verarbeitung meiner Daten ist nötig, um die Forschung zur psychischen Gesundheit zu sichern (z.B. Fragebogendaten, DSGVO, Art. 9, Abs. 2, lit i), der rechtlichen Verpflichtung (z.B. Daten zur Abrechnung, DSGVO, Art. 6, Abs. 1, lit c) oder um mir bei einer möglichen Erkrankung wirkungsvoll helfen zu können (z.B. Bild- und Tonaufzeichnungen, DSGVO, Art. 9, Abs. 2, lit h).

Ich habe das Recht, Auskunft über die erhobenen Daten zu erhalten (DSGVO, Art. 15). Ich habe ebenso jederzeit das Recht auf Berichtigung, Löschung und Sperrung der erhobenen Daten (DSGVO Art. 16, Art. 17 & Art. 18), sofern nicht gesetzliche Gründe dies unterbinden.

Das KiJu-ZPT arbeitet zur Abrechnungszwecken mit der KVWL (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schirrigk-Str. 4 - 6, 44141 Dortmund) zusammen. Nur Daten, die für die Abrechnung benötigt werden, werden an diese übermittelt. Ggf. werden für bestimmte Abrechnungsverfahren andere (gesetzlich vorgeschriebene) Dienstleister benutzt. Ansonsten werden meine Daten nicht an Dritte weitergegeben.

Der Datenschutzbeauftragte der Ruhr-Universität Bochum ist für mich erreichbar unter:

Post: Ruhr-Universität Bochum, Datenschutzbeauftragter, Gebäude NB 1/68,  
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum

E-Mail: dsb@rub.de

Tel.: 0234 3227721

Beschwerden kann ich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde richten:

Post: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Nordrhein-  
Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Tel.: 0211 38424-0

Fax: 0211 38424-10

***Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend, nehmen für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahren die Sorgeberechtigten die Datenschutzerklärung zur Kenntnis.***

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Mutter/Erziehungsberechtigte

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Vater/Erziehungsberechtigter

Die weiteren Einwilligungen in dieser Erklärung sind vollkommen freiwillig. Ich habe jederzeit das Recht, ohne Angabe von Gründen die Einwilligungen formlos für die Zukunft frei zu widerrufen.

## Videoaufzeichnungen

### a. Einverständnis zur 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.

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Mutter/Erziehungsberechtigte

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Vater/Erziehungsberechtigter

### b. 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 von *Psychologiestudierenden des Masterstudiengangs Klinische Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum* und/oder in der *Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut/innen*, verwendet werden dürfen [nicht zutreffendes bitte streichen]. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person voll gewürdigt bleiben; Einblick erhalten nur Personen, die der Schweigepflicht unterliegen.

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Mutter/Erziehungsberechtigte

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Vater/Erziehungsberechtigter

**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.

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Mutter/Erziehungsberechtigte

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Vater/Erziehungsberechtigter

**Nachuntersuchungen**

Die Erfassung der langfristigen Wirkung einer Behandlung ist wichtig, um sowohl Erfolge als auch Optimierungsbedarf zu identifizieren. Ich erkläre mich aus diesem Grunde damit einverstanden, dass das KiJu-ZPT des Forschungs- und Behandlungszentrums für psychische Gesundheit der Ruhr-Universität Bochum mich telefonisch oder schriftlich kontaktieren darf, um eine mögliche Bereitschaft zur Terminvereinbarung zu erfragen. Die Nachuntersuchungen finden 6, 12 und 24 Monate nach Abschluss der Behandlung statt.

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Mutter/Erziehungsberechtigte

Bochum, den .....

Datum

Unterschrift Vater/Erziehungsberechtigter

**Hinweis in eigener Sache: Da wir eng mit dem Lehrstuhl „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Ruhr-Universität Bochum zusammenarbeiten, kann es vorkommen, dass wir Ihnen Teilnahmemöglichkeiten für verschiedene wissenschaftliche Studien vorgehen. Die Studienteilnahme ist völlig freiwillig und das Angebot unverbindlich. Eine Datenweitergabe geschieht nicht.**