



Vereinigung für analytische und  
tiefenpsychologisch fundierte Kinder-  
und Jugendlichen-Psychotherapie  
in Deutschland e.V. gegr. 1953

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

Abs:

\_\_\_\_\_  
(Vor und Nachname - bei unter 15-Jährigen: des Kindes/Jugendlichen )

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ Wohnort)

An:

\_\_\_\_\_  
(Vorname Name der/des Psychotherapeut:in)

\_\_\_\_\_  
(Praxisadresse, Straße, Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
(Praxis PLZ Ort)

\_\_\_\_\_  
(Betriebsstättennr. / LAN)

Datum:

**Widerspruch gegen Einstellung von Dokumenten durch die Psychotherapeut:in in meine  
elektronische Patientenakte bzw. die meines Kindes**  
Gesetzl. Vertreter:in

\_\_\_\_\_  
(Name u. Anschrift des/der 1. Vertreter:in)

\_\_\_\_\_  
(Name u. Anschrift des/der 2. Vertreter:in)

Krankenkasse und Versicherten Nr:

\_\_\_\_\_



Vereinigung für analytische und  
tiefenpsychologisch fundierte Kinder-  
und Jugendlichen-Psychotherapie  
in Deutschland e.V. gegr. 1953

---

Praxisstempel

Hiermit erkläre ich/erklären wir (im Namen von) \_\_\_\_\_ den  
Widerspruch gegen eine Übermittlung und Speicherung jeglicher Patientendaten – d.h.  
insbesondere auch von Daten zu psychischen Erkrankungen - in die ePA durch die/ den  
behandelnden Psychotherapeut:in und widerspreche/n dem Zugriff der/des behandelnden  
Psychotherapeut:in auf die Daten in der ePA insgesamt (vgl. §§ 342 Abs. 2 Nr. 1 lit. i), 347 Abs. 1  
Satz 2 Nr. 2, Abs. 2, Abs. 3 Satz 1 i.V.m. 353 Abs. 2 SGB V).

Mir/Uns ist bekannt, dass dieser Widerspruch jederzeit widerruflich ist.

Das Vertretungsrecht besteht wegen Elternschaft/gesetzlicher Betreuung

(Unzutreffendes bitte streichen)

Sofern Abrechnungs- und Diagnosedaten, die von der Krankenkasse in die ePA eingestellt  
werden, nicht aufgenommen werden sollen, werde/n ich/wir dies gesondert gegenüber der  
Krankenkasse erklären. Mir/uns ist bekannt, dass nach §§ 343 Abs. 1a Nr. 10, 350 Abs. 1 Satz 3  
SGB V ein Widerspruchsrecht im Hinblick auf Daten über die bei der Krankenkasse in Anspruch  
genommenen Leistungen besteht und gegenüber der Krankenkasse bzw. via ePA-App erklärt  
werden kann. Zudem besteht die Möglichkeit einer Datenlöschung durch die Krankenkasse,  
durch andere Zugriffsberechtigte bzw. via ePA-App.

---

Unterschrift 1. Vertreter:in

---

Unterschrift 2. Vertreter:in