

Patienteneinwilligungserklärung

Hinweis: Bevor wir mit Ihrem Termin fortfahren, möchten wir Sie über einen wichtigen Aspekt unserer Dokumentation informieren. Wir verwenden ein Dokumentationsprogramm namens Psynex, um die Details unserer Gespräche genau und effizient zu erfassen. Psynex ermöglicht es uns, den Fokus stärker auf unser Gespräch zu legen und weniger Zeit für Notizen aufzuwenden, was die Qualität Ihrer Behandlung verbessert.

Ihre Einwilligung ist für die Nutzung dieses Programms entscheidend. Ihre Informationen werden mit äußerster Sorgfalt behandelt – die Verwendung von Psynex dient ausschließlich dazu, Ihre Versorgung zu verbessern.

Was Sie wissen sollten

Wie Psynex genutzt wird

- Ihre Daten werden ausschließlich in Deutschland und in Übereinstimmung mit der DSGVO verarbeitet und gespeichert.
- Keine Ihrer Daten werden für andere Zwecke oder KI-Training verwendet.
- Audiodateien werden direkt nach der Verschriftlichung automatisch gelöscht.
- Die Daten werden verschlüsselt gespeichert (AES-256) und regelmäßig geprüft.

Zweck von Psynex

- Psynex wird zur Unterstützung bei der Dokumentation Ihrer Therapiesitzung eingesetzt.
- Es werden nur Informationen erfasst, die für eine präzise Aktenführung erforderlich sind.
- Psynex unterstützt die fachliche Beurteilung Ihrer Therapeutin/Ihres Therapeuten, ersetzt diese jedoch nicht.
- Alle Entscheidungen werden ausschließlich von Ihrer behandelnden Person getroffen.

Ihre Rechte

Sie können sich jederzeit gegen die Nutzung von Psynex während Ihrer Sitzungen entscheiden („Opt-out“). Ein Widerruf hat keine negativen Auswirkungen auf die Qualität Ihrer Behandlung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie:

1. Sie wurden über den Einsatz von Psynex und den Zweck dieser Nutzung informiert.
2. Sie verstehen, wie Ihre Informationen verarbeitet, gespeichert und geschützt werden.
3. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre Therapeutin/Ihr Therapeut Psynex einsetzen darf, um die Sitzung zu dokumentieren.
4. Sie wissen, dass Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in