|  |  |
| --- | --- |
| **Mainzer Psychoanalytisches Institut**  **Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut nach PsychThG** | **mpi** |

Sektion Erwachsenenanalyse

Institut der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV)

Zweig der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPA)

Institut der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psycho­somatik und Tiefen­psychologie (DGPT)

Sektion Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Mitglied der VAKJP

Martin-Luther-Str. 47, 55131 Mainz \* Tel.: 06131 – 50 17 38 \* Internet: [www.mpi-mainz.de](http://www.dpv-institute.de/mpi) • Email: info@mpi-mainz.de

**ZUSATZVEREINBARUNG ZUR ELEKTRONISCHEN KOMMUNIKATION**

Zur Kommunikation mit der Ambulanz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (im Folgenden KJP-Ambulanz genannt) des Mainzer Psychoanalytischen Instituts bitte ich folgende Kontaktdaten zu nutzen:

 Festnetz:  Handy (PatientIn):  Handy (Eltern):

Es besteht die Möglichkeit, mit der KJP-Ambulanz des Mainzer Psychoanalytischen Instituts auch digital zu kommunizieren. Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

 SMS  WhatsApp  Sonstiges:

 E-Mail, mit folgender E-Mail-Anschrift:

Zum Zweck der Kommunikation mit der behandelnden MitarbeiterIn der KJP-Ambulanz bin ich damit einverstanden, dass diese meinen Namen, meine Handynummer und meine E-Mail-Adresse bei Bedarf auf ihrem Mobiltelefon und ihrem E-Mail-Account speichert und elektronisch mit mir kommuniziert.

Das Mobiltelefon der AmbulanzmitarbeiterIn ist passwortgeschützt. Nach Beendigung der Behandlung werden die Daten unverzüglich vom Mobiltelefon gelöscht.

Digitale Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden in der Regel nicht digital versendet. Falls es jedoch notwendig sein sollte, Emails zu versenden, deren Inhalt vertraulich oder berufsrechtlich geschützt ist, erfolgt dies nur mit verschlüsseltem Anhang ausschließlich an die vorab kommunizierte Email-Adresse.

Auf meinen ausdrücklichen Wunsch erfolgt die Kommunikation der oben genannten Emails zwischen der KJP-Ambulanz des Mainzer Psychoanalytischen Instituts und mir auch ohne Verschlüsselung. Hierzu erteile ich durch meine Unterschrift meine Einwilligung:

Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass sich hierbei Risiken ergeben können (unerlaubte Einsichtnahme, Vervielfältigung und Verfälschung durch unberechtigte Dritte), so dass die gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich Datenschutzes und IT-Sicherheit nicht mehr gewährleistet werden können.

Ich bin mir dieser Gefahren sowie der damit verbundenen Risiken bewusst und wünsche dennoch eine entsprechende Kommunikation über die oben aufgeführten Medien.

Hierfür kann die KJP-Ambulanz des Mainzer Psychoanalytische Instituts keine Verantwortung übernehmen. Ich erkläre, dass ich auf einen Schadenersatz, der sich hieraus ergeben könnte, vorab verzichte, es sei denn, es liegt Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vonseiten der KJP-Ambulanz vor.

Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung einen unbedingten Ausschluss privater Kommunikation zwischen PatientIn und AmbulanzmitarbeiterIn zur Wahrung der Neutralität und der therapeutischen Arbeitsbeziehung notwendig macht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift PatientIn Unterschrift der Sorgeberechtigten