Philipps Universität Marburg

KJ-IPAM
Institut für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapieausbildung Marburg

KJ-IPAM, Gutenbergstr. 29, 35037 Marburg

Leiterin: Professor Dr. Hanna Christiansen

Gutenbergstr. 29
35037 Marburg

Telefon: +49 6421 28 25096
Fax: +49 6421 166 7296
E-mail: kiju04@staff.uni-marburg.de

Liebe Kinder, Jugendliche, Sorgeberechtigte,

Sie interessieren sich für eine Behandlung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ambulanz (KJ-PAM) Marburg. Zunächst möchten wir uns vorstellen.
Die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ambulanz (KJ-PAM) und das Institut für Psychotherapie-Ausbildung in Marburg (KJ-IPAM) sind Einrichtungen am Fachbereich Psychologie, Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychologie der Philipps-Universität Marburg. Sie bieten ambulant diagnostische und psychotherapeutische Hilfe bei psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters.
Vor Behandlungsbeginn möchten wir Ihnen einige Hinweise zu den Besonderheiten einer psychotherapeutischen Behandlung in unserer Ambulanz geben:

Allgemeine Informationen

Als eine Einrichtung der Universität ist uns eine enge Verknüpfung mit der Psychotherapieforschung wichtig. So befinden sich unsere Therapieangebote immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft. Die **KJ-PAM** hat es sich zudem zur Aufgabe gemacht, bestehende Behandlungsangebote systematisch zu verbessern und neue Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Die Effizienz der Therapie soll durch eine enge Vernetzung und Kommunikation mit anderen Behandler*innen und den Hausärzt*innen der Patient*innen erhöht werden.
Vor einer Behandlung finden Sprechstunden, eine ausführliche Diagnostik und Problemanalyse statt, um effektive Behandlungsmethoden auf eine spezifische Problemlage abzustimmen (s. PTV 10 Patient*inneninformation). Hierbei möchten wir flexibel auf bestehende Bedürfnisse reagieren, um eine höchstmögliche Qualität der Behandlung zu sichern. Das Therapiekonzept ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch, d. h. im Mittelpunkt stehen Erfahrungen und Bewertungsprozesse sowie konkrete Verhaltensweisen.

Bei dem **KJ-IPAM** handelt es sich um eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte gemäß § 6 Psychotherapeut*innengesetz. Nach einem ersten Gespräch mit einem approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in wird die Diagnostik und Behandlung bei uns durch eine*n Psycholog*in/Pädagog*in mit akademischem Studienabschluss, der sich in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in (Ausbildungsteilnehmer*innen) befindet, durchgeführt. Die Behandlung erfolgt im Rahmen der praktischen Ausbildung gemäß § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen durch Ausbildungsteilnehmer*innen, frühestens nach Absolvierung der Hälfte der Ausbildung und Nachweis von ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen in dem betreffenden Psychotherapieverfahren unter Supervision dafür qualifizierter approbierter Psychotherapeut*innen, § 8 Psychotherapievereinbarung.

Ab dem 1. April 2017 gelten übrigens aufgrund einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie neue Regelungen für die ambulante psychotherapeutische Versorgung (siehe PTV10 Patient*inneninformation).

Therapiegenehmigung

Die Kostenträger (z. B. die Gesetzliche Krankenversicherung, Beihilfe, private Krankenversicherung) übernehmen die Kosten für eine ambulante Psychotherapie grundsätzlich nur **ab** dem **Datum der** ausdrücklichen, schriftlichen **Genehmigung**. Der*Die Patient*in erhält diesbezüglich Mitteilung direkt durch den/die Kostenträger. Bei Beihilfeberechtigten müssen in der Regel sowohl die Beihilfestelle als auch die (ergänzende) private Krankenversicherung eine Genehmigung erteilen.

Bei privatversicherten und beihilfeberechtigten Patient*innen ist nach unserer Erfahrung seitens der Kostenträger der unbedingte Schutz persönlicher Daten und medizinischer Befunde aufgrund der Besonderheiten des Antragsverfahrens nicht in jedem Fall gewährleistet. Von unserer Seite veranlassen wir alles, um die Schweigepflicht zu wahren und den Datenschutz sicherzustellen.

Einwilligung und Schweigepflicht

Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung ist die Einwilligung des*der Patient*in einzuholen. Ist der*die Patient*in einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten (in der Regel die Eltern) einzuholen, § 630 d Abs. 1 S. 2 BGB. Einwilligungsfähig ist ein*e Minderjährige*r nur dann, wenn er über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt, § 14 Abs. 2 S. 1 der Berufsordnung der Psychotherapeut*innenkammer Hessen (BO). Für die Beurteilung der Einsichtsfähigkeit kommt es auf den individuellen geistigen Entwicklungszustand des*der Patient*in an. Nach der Rechtsprechung gilt dabei als grobe Orientierungsmarke die Vollendung des 14. Lebensjahres. Liegt die Einsichtsfähigkeit nicht vor, müssen im Falle des gemeinsamen Sorgerechts beide Elternteile in die Behandlung einwilligen, vgl. § 14 Abs. 3 BO.

Ist die Einwilligungsfähigkeit des*der Minderjährigen gegeben, gilt die psychotherapeutische Schweigepflicht auch gegenüber den Eltern. Psychotherapeut*innen sind schweigepflichtig sowohl gegenüber den einsichtsfähigen Patient*innen als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen ihm anvertrauten Mitteilungen, § 11 Abs. 5 BO.

Selbstverpflichtungserwartung an den*die Patient*in und die Sorgeberechtigten

Der*Die Patient*in bzw. die Sorgeberechtigten werden jede Aufnahme oder Veränderung einer medikamentösen Behandlung/**Medikamenteneinnahme** unverzüglich dem behandelnden Therapeut*in mitteilen. Dies gilt insbesondere für die Verordnung und Einnahme von Psychopharmaka.

Der*Die Patient*in verpflichtet sich, sich bei akuter Suizidalität unverzüglich in stationäre Behandlung zu begeben, um kurzfristig und für die Dauer der Gefährdung Schutz und Hilfe zu erhalten.

Voraussetzungen für ambulante Psychotherapie

Für das Durchführen einer ambulanten Psychotherapie gibt es verschiedene Voraussetzungen, um den Therapieerfolg zu fördern und nicht zu verhindern, wie beispielsweise ein regelmäßiger Schulbesuch, keine Suchtmitteleinnahme, geregelter Schlaf-Wach-Rhythmus, regelmäßige Nahrungsaufnahme und das Einhalten von Hygienestandards. Falls es Ihnen und/oder Ihrem Kind nicht mehr möglich sein sollte, diese Voraussetzungen zu gewährleisten, obliegt es Ihnen, sich umgehend mit dem Therapeuten in Verbindung zu setzen, um über geeignete Maßnahmen zu beraten.

Kündigung des Behandlungsvertrags

Eine wichtige Grundlage für eine erfolgreiche Psychotherapie ist das gegenseitige Vertrauen zwischen Patient*in und Therapeut*in. Wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Patient*in und Therapeut*in nicht mehr in ausreichendem Maße gegeben ist, ist der*die Therapeut*in gehalten, die Behandlung zu beenden.

Ich habe dieses Informationsschreiben gelesen und hatte die Möglichkeit, dazu Fragen zu stellen.

_____
Ort, Datum

_____ _____
Unterschrift (Sorgeberechtigte) Unterschrift (Kind)

Philipps Universität Marburg

KJ-PAM
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ambulanz Marburg

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Sorgeberechtigte, Januar 2019

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gilt ab dem 25.05.2018. Diese wird in Deutschland ergänzt durch eine Neufassung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Danach sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir in unserer Psychotherapie-Ambulanz Daten erheben, speichern oder weiterleiten. Der nachfolgenden Information können Sie auch Ihre Rechte in Bezug auf den Datenschutz entnehmen.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung: Prof. Dr. Winfried Rief
Name der Einrichtung: Psychotherapie-Ambulanz Marburg an der Philipps-Universität Marburg *
Adresse: Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg
Kontakt: 06421/28-23657, E-Mail: pam@uni-marburg.de

Sie erreichen unsere Datenschutzbeauftragte unter:
PD Dr. Björn Albrecht, Gutenbergstr. 29, 35037 Marburg, E-Mail: bjoern.albrecht@uni-marburg.de

2. Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten; das betrifft vor allem Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde und Arzt-/Therapeutenbriefe von uns und anderen Psychotherapeut*innen oder Ärzt*innen, bei denen Sie in Behandlung sind („Ihre Daten“).
Ihre Daten verarbeiten wir nach den gesetzlichen Vorschriften und erfüllen damit Pflichten

- aus unserem Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 lit. b, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG),
- aus der vertragspsychotherapeutischen Versorgung (Art. 6 Abs. 1 lit. c, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO iVm spezialgesetzlichen Vorschriften)

sowie im Einzelfall zur Erfüllung spezieller Pflichten im Interesse der öffentlichen Gesundheitsversorgung (Art. 6 Abs. 1 lit. e, Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO iVm § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. a, c iVm spezialgesetzlichen Vorschriften).

Wir verarbeiten Ihre Daten vor allem, um therapeutische Fragen sowie Umstände Ihres Versicherungsverhältnisses zu klären oder um Leistungen abzurechnen.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist Voraussetzung Ihrer Behandlung durch uns.

3. Empfänger*innen Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt

*Hierzu zählen sowohl das KJ-PAM (Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ambulanz Marburg) als auch das KJ-IPAM (Kinder- und Jugendlichen-Institut für Psychotherapieausbildung Marburg)

oder vorgeschrieben ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger*innen Ihrer personenbezogenen Daten können insbesondere andere Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, Krankenkassen und der MDK sein.

4. Speicherung Ihrer Daten

Die folgenden (von uns erhobenen) Daten werden auf unserem Server passwortgeschützt gespeichert:

- Vollständiger Name, Adresse, Geburtsdatum, Versicherungsstatus
- Akutdiagnosen (für das aktuelle Quartal) und Dauerdiagnosen (quartalsübergreifend)
- Befunde, Anamnesen, Therapievorschläge, Abrechnungsziffern für das jeweilige Quartal
- elektronisch erstellte Bescheinigungen und Berichte.

Zugang hat nur autorisiertes Praxispersonal.

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Behandlungsdaten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

5. Ihre Rechte

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorschriften.

In Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen können Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen, ohne dass der Widerruf die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung berührt, § 21 DSGVO.

Soweit die Voraussetzungen hierfür vorliegen, haben Sie das Recht, Auskunft zu Ihren verarbeiteten Daten zu erhalten, das Recht auf Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten, auf Einschränkung der Verarbeitung und auf deren Übertragung (Artikel 15 bis 18, 20 DSGVO).

Sollten Fragen auftreten, wenden Sie sich gerne direkt an uns. Falls diese von uns nicht zufriedenstellend beantwortet werden können, haben Sie das Recht, sich an den Hessischen Datenschutzbeauftragten zu wenden. Dessen Anschrift lautet:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 3163
65021 Wiesbaden

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen.

Ort/ Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift

Philipps Universität Marburg

KJ-PAM
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie-Ambulanz Marburg

KJ-IPAM, Gutenbergstr. 29, 35037 Marburg

Leiterin: Professor Dr. Hanna Christiansen

Gutenbergstr. 29
35037 Marburg

Telefon: + 49 6421 28 25096
Fax: + 49 6421 28 27113
E-mail: kiju04@staff.uni-marburg.de

Einverständniserklärung für den E-Mail Kontakt

Name des Patient*in (in Druckbuchstaben):

In E-Mails können persönliche Daten nicht umfassend geschützt werden. Voraussetzung für die Kommunikation auf diesem Weg ist grundsätzlich das schriftliche Einverständnis. Auch bei vorhandenem Einverständnis werden wir uns bemühen, nur die für die E-Mail-Kommunikation zwingend notwendigen Daten einzuschließen.

○ Ich bin damit einverstanden, dass zur Terminvereinbarung oder zur Kontaktaufnahme sowie vom Versenden von (blanko) Arbeitsmaterialien E-Mails versendet werden können.

Meine E-Mailadresse lautet:

Ort, Datum	Unterschrift (Sorgeberechtigter)	Unterschrift (Kind, ab dem 14. Lebensjahr)

Gegenseitige Schweigepflichtentbindung für die Koordination, Information und Absprache mit anderen Behandelnden

Wir unterliegen der Schweigepflicht. Um mit anderen behandelnden Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen oder weiteren Fachpersonen Rücksprache halten zu können, ist es notwendig, dass Sie uns gegenseitig von der Schweigepflicht entbinden.

Betreffend Patient*in Name: _____ Geburtsdatum: _____

Sie entbinden uns und folgende Therapeut*innen, Ärzt*innen, Fachärzt*innen oder Institutionen hiermit gegenseitig von der Schweigepflicht:

Fachbezeichnung	Adresse	Telefon
Psychotherapie-Ambulanz Marburg e.V. Mitarbeitende, Therapeut*innen und Supervisor*innen der Ambulanz	Gutenbergstr. 29 35037 Marburg	06421 / 28 25096
Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychologie (zu Forschungs- und Lehrzwecken)	Gutenbergstr. 18 35037 Marburg	06421 / 28 23638
Hausarzt*ärztin/Kinderarzt*ärztin		
Zuständiges Jugendamt		
UKGM Standort Marburg - Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin -	Baldingerstraße 35033 Marburg	06421 / 5862671

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich Mitarbeitenden / Therapeut*innen der Ambulanz anvertraue und / oder die mein Kind diesen Personen anvertraut sowie auch Arztbriefe oder weitere schriftliche Unterlagen.
Sie kann jederzeit schriftlich zurückgenommen und ergänzt werden.

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Therapieergebnisse und der Behandlungsqualität erfolgt ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Mitarbeitenden der Ambulanz und Supervision der Therapeut*innen durch qualifizierte Kolleg*innen. Diese stehen ebenso wie die Therapeut*innen zu Personen- und genauen Behandlungsinhalten unter Schweigepflicht. Hierüber möchten wir Sie an dieser Stelle informieren.

Ort, Datum	Unterschrift (Sorgeberechtigte)	Unterschrift (Kind ab dem 14. Lebensjahr)

Zusatzvereinbarungen

Nachbefragungen

Um die Qualität unserer Behandlung zu überprüfen und zu sichern, werden wir Sie und Ihr Kind im Verlauf der Behandlung sowie im Anschluss daran zur Symptomatik und zum Therapieergebnis befragen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich/mein Kind im Verlauf der Therapie und auch nach deren Beendigung befragt werde/wird.	☐ ja	☐ nein

Therapienebenkosten

Wenn neben den von der Krankenkasse getragenen Behandlungskosten innerhalb der Therapie im Rahmen von Übungsbehandlungen weitere Ausgaben entstehen (z. B. Fahrtkosten, Eintrittsgelder, etc.), werden diese sowohl für den*die Therapeut*in als auch für den*die Patient*in vom*n der Patient*in bzw. von den Eltern getragen. Genauere Details werden vorab zwischen Therapeut*in und Patient*in besprochen.

Ich bin damit einverstanden, anfallende Nebenkosten zu tragen.	☐ ja	☐ nein

Video

Videoaufzeichnungen von Therapiesitzungen sind für uns sehr wichtig: Vor allem sind sie eine sehr wichtige Rückmeldung für Ihre*n Therapeut*in und seine*n Supervisor*in. So kann die Qualität Ihrer Behandlung sichergestellt werden und Ihre Therapie so effektiv wie möglich gestaltet werden. Weiterhin können diese Aufnahmen auch mit Ihnen gemeinsam genutzt werden. Die Aufnahmen dienen der Qualitätssicherung, Supervisionszwecken und gelegentlich der Aus- und Weiterbildung von Studierenden und Therapeut*innen. Es besteht die sehr geringe Wahrscheinlichkeit, dass eine an einer Lehrveranstaltung teilnehmende Person Sie oder Ihr Kind erkennt. Aus diesem Grund unterliegen alle Personen einer absoluten Schweigepflicht und dürfen unter keinen Umständen vertrauliche Informationen an Dritte weitergeben.

Ich bin damit einverstanden, dass von meiner Diagnostik und Therapie Videoaufnahmen oder Tonbandaufnahmen gemacht werden.	☐ ja	☐ nein
Ich bin damit einverstanden, dass die aufgezeichneten Videos zu Aus- und Fortbildungszwecken in der Lehre eingesetzt werden dürfen.	☐ ja	☐ nein

Auswertung von Routinedaten zu wissenschaftlichen Zwecken

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Diagnostik und ggf. anschließender Therapie erhobene Routinedaten vollständig anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken gespeichert, ausgewertet und ohne Bezug auf konkrete Personen wissenschaftlich veröffentlicht werden dürfen.	☐ ja	☐ nein

Forschungsprojekte

Wir sind bestrebt, die Therapiemöglichkeiten ständig zu verbessern und genauer zu erforschen. Dabei sind wir auf Deine Teilnahme angewiesen.

Bist Du bereit, dass wir Dich **kontaktieren**, um Dich über laufende Forschungsprojekte zu informieren und ggf. um Teilnahme zu bitten?	☐ ja	☐ nein

Einverständnis zur Teilnahme an Lehrveranstaltungen

Als universitäre Einrichtung sind wir auch für die Ausbildung von Psycholog*innen verantwortlich. Dazu ist es notwendig, Ausbildungskandidat*innen oder Studierenden Einblick in die praktische Arbeit zu gewähren. Details werden jeweils vorab mit Dir und Deinen Eltern besprochen und Du kannst auch noch zu einem späteren Zeitpunkt ablehnen oder zustimmen.

Ich bin damit einverstanden, dass in Ausbildung befindliche Studierende/Psycholog*innen an meiner Behandlung beteiligt werden können.	☐ ja	☐ nein

Praktikant*innen

Als universitäre Einrichtung bieten wir auch studentischen Praktikant*innen die Möglichkeit, Einblicke in die Abläufe und Arbeitsweisen einer psychotherapeutischen Ambulanz zu erhalten. In diesem Rahmen besteht auch die Möglichkeit, dass Praktikant*innen bei der Diagnostik oder der Therapie hospitieren. Details werden jeweils vorab mit Dir und Deinen Eltern besprochen und Du kannst auch noch zu einem späteren Zeitpunkt ablehnen oder zustimmen.

Ich bin damit einverstanden, dass studentische Praktikant*innen im Rahmen meiner psychotherapeutischen Behandlung hospitieren	☐ ja	☐ nein

Ich habe die Punkte aufmerksam gelesen und bin mit den jeweils angekreuzten Vereinbarungen einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift (Sorgeberechtigte)	Unterschrift (Kind ab dem 14. Lebensjahr)

PLAN 3

QBTEST – PATIENTENINFORMATIONEN – EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

1. EINLEITUNG
   1.1. Die Klinik (hier: die „Klinik“), in der Sie den QbTest durchführen werden, besitzt eine Lizenz zur Nutzung dieses Tests. Der QbTest bietet eine objektive Methode zur Messung der drei wichtigsten Symptome von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) – Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität – bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Das Testsystem wird zur Unterstützung der Diagnose und zum Nachweis des Ansprechens auf die Behandlung und der entsprechenden Fortschritte herangezogen. Alle Auswertungen und Behandlungen werden durch qualifiziertes Personal durchgeführt.
   1.2. Der QbTest wird von Qbtech AB, Cardellgatan 1, 111 36 Stockholm, zur Verfügung gestellt. Die Klinik ist die verantwortliche Stelle für Daten über Sie, Qbtech AB ist ein Datenverarbeiter und darf mit Ausnahme dessen, was nachfolgend im Abschnitt 3 ausdrücklich erwähnt wird, nur Informationen gemäß den Anweisungen der Klinik verarbeiten.
   1.3. Qbtech AB ist der Datenverantwortliche für die Verarbeitung Ihrer Informationen, wie im nachfolgenden Abschnitt 3 erläutert, sofern es sich bei diesen Informationen um personenbezogene Daten handelt.
2. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM QBTEST
   2.1. Die Software von QbTest enthält ein Formular, in welches der Testleiter manuell folgende Daten, die Sie als Testperson betreffen, eingibt: eine QbTest-Patienten-Nr. (nicht Ihre Personalausweisnummer), Ihr Geburtsdatum, Größe, Gewicht, Geschlecht, Diagnose, Informationen bezüglich Ihrer Medikation, Testergebnisse und andere relevante Informationen. Die Informationen werden im Software-Klient verarbeitet und nach jedem Testereignis an einen zentralen Server übermittelt, der von Amazon Web Services (AWS) in Irland gehostet wird. Der Server generiert Testberichte mit Testdaten und bestimmten Parametern. Die Übertragung der Testdaten zwischen Software-Klient und Server ist mit einem Zertifikat verschlüsselt.
   2.2. Alle Informationen, die der Testleiter eigenhändig in den Software-Klienten eingibt, die Testdaten sowie der Testbericht werden zentral bei AWS gespeichert. Diese Informationen sind ausschließlich autorisierten Nutzern innerhalb der Klinik und autorisierten Mitarbeitern und Beratern von Qbtech AB und ihren Tochtergesellschaften zugänglich, um der Klinik gemäß deren Anweisungen Dienstleistungen im Zusammenhang mit dem QbTest zur Verfügung zu stellen.
   2.3. Es werden keine persönlichen Testdaten, durch die Sie direkt identifiziert werden könnten, in irgendeiner Form an Dritte übertragen oder in anderer Weise für Dritte zugänglich gemacht (außer falls rechtliche Verpflichtungen gegenüber Behörden oder dergleichen erfüllt werden müssen), ohne zunächst Ihre vorherige schriftliche Zustimmung hierfür einzuholen.
   2.4. Auf Anweisung der Klinik werden Ihre QbTest-Patienten-Nr. (nicht Ihre Personalausweisnummer), Ihr Geburtsdatum, Größe, Gewicht, Geschlecht, Diagnose, Informationen bezüglich Ihrer Medikation, Testergebnisse und andere relevante Informationen mit Ihrer nachfolgend erteilten Zustimmung für fünf (5) Jahre (ab der letzten Aktivität) aufbewahrt. Anschließend werden Ihre Daten gelöscht, indem Ihre Patienten-Nr. und die Klinik-Nr. durch neue ID-Nummern ersetzt werden, die von einem Computer nach dem Zufallsprinzip erzeugt werden. Sobald diese Nummern ersetzt worden sind, kann Qbtech Sie nicht mehr identifizieren, da Qbtech keinen Zugriff auf Informationen hat, welche die neuen ID-Nummern mit Ihrer QbTest-Patienten-Nr., mit der Klinik oder mit Ihrem Namen in Verbindung bringen.

3. VERARBEITUNG IHRER INFORMATIONEN DURCH QBTECH
   3.1. Wenn die neuen zufälligen Nummern erzeugt werden und Ihre Daten nicht mehr identifizierbar sind, werden die Testdaten danach von Qbtech zur Weiterentwicklung des QbTests verwendet, um neue Erkenntnisse bezüglich Diagnose und Behandlung zu gewinnen und weitere Marktentwicklungen voranzutreiben. Dies kommt Ihnen wie auch anderen Personen, die den QbTest durchführen, zugute. Bedenken Sie zudem, dass keine Informationen verwendet werden, durch die Sie direkt identifiziert werden können.
4. IHRE RECHTE ALS TESTPERSON
   4.1. Sofern es sich bei den Informationen um personenbezogene Daten handelt, kommen gewisse Rechte zur Anwendung, die in den nachfolgenden Abschnitten 4.2 bis 4.9 einzeln aufgeführt werden.
   4.2. Wenn Sie feststellen, dass personenbezogene Daten über Sie fehlerhaft, unvollständig oder unzureichend sind, sind Sie dazu berechtigt, diese berichtigen zu lassen.
   4.3. Sie haben möglicherweise das Recht, eine Bestätigung zu verlangen, ob personenbezogene Daten über Sie verarbeitet werden oder nicht, und im entsprechenden Fall auf Ihre personenbezogenen Daten und zusätzliche Informationen wie den Zweck ihrer Verarbeitung zuzugreifen. Sie sind zudem dazu berechtigt, eine Kopie der personenbezogenen Daten über Sie zu beziehen, die einer Verarbeitung unterzogen werden. Wenn ein entsprechender Antrag mit elektronischen Mitteln gestellt wird und keine gegenteiligen Anweisungen Ihrerseits vorliegen, werden die personenbezogenen Daten in einem häufig verwendeten elektronischen Format bereitgestellt.
   4.4. Sie können der Verarbeitung von personenbezogenen Daten auf Grundlage eines rechtmäßigen Interesses aus Gründen, die sich auf Ihre bestimmte Situation beziehen, widersprechen.
   4.5. Sie können personenbezogene Daten über Sie unter gewissen Umständen löschen lassen.
   4.6. Sie können unter gewissen Umständen eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf die reine Aufbewahrung Ihrer Daten verlangen.
   4.7. Sie können eine maschinenlesbare Kopie der personenbezogenen Daten über Sie verlangen, die auf Grundlage Ihrer Einwilligung verarbeitet und uns von Ihnen bereitgestellt wurden (Datenportabilität).
   4.8. Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit zurückziehen.
   4.9. Sie bestätigen, dass Sie stets das Recht haben, Beschwerden in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der zuständigen Datenschutzbehörde einzureichen.
5. KONTAKTPERSONEN
   5.1. Da Qbtech keinen Zugriff auf Informationen, durch die Sie direkt identifiziert werden können, hat, sollten Sie sich an den Testleiter der Klinik wenden, um Ihre Rechte gemäß den obigen Abschnitten 4.2–4.8 auszuüben.
   5.2. Qbtech hat einen Datenschutzbeauftragten, der unter personaldata.qbtest@qbtech.com erreichbar ist.

EINWILLIGUNG

Als Testperson entscheiden Sie darüber, ob die Sie betreffenden Informationen bei QbTests übermittelt, analysiert und gespeichert werden sollen. Sollten Sie unter 18 Jahren alt sein, muss Ihr Erziehungsberechtigter diese Entscheidung treffen. Bitte beachten Sie, dass kein Test durchgeführt werden kann, ohne dass Sie nachfolgend Ihre Einwilligung erteilen.

Indem Sie das nachstehende Kästchen ankreuzen, bestätigen Sie, dass Sie die obigen Informationen erhalten haben und zustimmen, dass:

[ ] Informationen über Sie im Rahmen des QbTests zu den oben in Abschnitt 2 erläuterten Zwecken verarbeitet werden, insbesondere, dass die Klinik Anweisungen an Qbtech AB erteilt, damit Ihre Informationen gemäß den Ausführungen im obigen Abschnitt 2.4 verwaltet (sodass Sie durch die Testdaten nicht mehr in irgendeiner Weise direkt identifiziert werden können) und gemäß den Ausführungen im obigen Abschnitt 3 verwendet werden.