

**Erklärung zum Umgang mit den personenbezogenen Daten im Rahmen meiner bezirklichen Fallbesprechung im Netzwerk der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Mitte von Berlin – Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung**

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

ein, dass am \_\_\_\_\_ über meine Versorgungssituation in einer Fallbesprechung im Netzwerk der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Mitte von Berlin unter Nennung meines vollen Namens gesprochen wird und im Rahmen einer Falldiskussion Handlungsschritte zur Verbesserung meiner Situation geplant werden.

Teilnehmende sind regelhaft:

Das Vorbereitungsgremium, die behandelnde Klinik, der Sozialpsychiatrische Dienst, ggfs. der Teilhabefachdienst, ggfs. rechtliche:r Betreuer:in sowie Vertreter:innen der psychosozialen Versorgungslandschaft, die für die jeweilige Fallbesprechung über Fachexpertise verfügen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle Teilnehmenden über die Inhalte der für die Fallbesprechung erforderlichen ärztlichen, psychologischen oder sozialpsychiatrischen Unterlagen informiert werden können. Alle Teilnehmenden unterliegen außerhalb der Fallbesprechung der Schweigepflicht und beachten den Datenschutz. Diese Verpflichtung wird mit Unterschrift bei der Teilnahme bestätigt.

Ich entbinde soweit die an der Fallbesprechung Teilnehmenden gegenseitig von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bewusst, dass in der Fallbesprechung Personen auch nur beratende Funktion haben können und nicht unmittelbar für meinen Fall zuständig sind.

Ich möchte an der Fallbesprechung selbst teilnehmen

Ich möchte Herrn\*Frau \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

als Person meines Vertrauens zur Fallbesprechung mitnehmen.

ich möchte nicht persönlich teilnehmen, bin aber damit einverstanden, dass

Herr\*Frau \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

für mich an der Fallbesprechung teilnimmt und dort meine Anliegen vertritt.

Meine persönlichen Daten und die während der Fallbesprechung entstehenden Aufzeichnungen werden datenschutzgerecht behandelt und nur in anonymisierter Form weiterverarbeitet, um daraus Erkenntnisse zu gewinnen, anhand derer die Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen im Bezirk Mitte von Berlin verbessert werden kann.

Ich kann dieses Einverständnis jederzeit zurückziehen.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift gesetzliche Vertretung