

Einwilligung zur Videositzung/Videosprechstunde

Name, Vorname (Patient/in): _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Psychotherapeutische Behandlungen können in geeigneten Fällen nicht nur bei Anwesenheit des Patienten in der Praxis, sondern auch als Videotherapie erfolgen. Hierfür gelten Regeln, die sowohl vom Behandelnden als auch von Patienten/in zu beachten sind.

1. Die Videositzung erfolgt nur durch Dipl.-Psych. Anahit Knolle-Akyuez.
2. Für die Psychotherapie-Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter (sprechstunde.online) genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Die Videositzung muss zum Gewährleisten der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfinden.
4. Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Videositzung darf von keinem Teilnehmer oder Teilnehmerin mitgeschnitten oder gespeichert werden.

Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Therapeuten erfolgt zur Befundung, Dokumentation und Abrechnung der Videosprechstunde. Die gesetzlichen Datenschutzvorgaben, die ansonsten auch für eine reguläre Therapiesitzung in der Praxis gelten, werden selbstverständlich eingehalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vor Beginn der Videotherapie über deren wesentlichen Ablauf unterrichtet wurde und willige in die psychotherapeutische Videotherapie nach den oben stehenden Maßgaben ein. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift Patient/in