

Name, Vorname (Patient/in): _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Behandelnde Psychotherapeutin: **Dr. Silke Franzen**

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 vom Patienten zu beachten sind.

1. Die Videositzung erfolgt nur durch die oben genannte Therapeutin.
2. Für die Psychotherapie-Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere End-zu-End-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Die Videosprechstunde 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 Therapie-sitzung 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