

Einwilligung Videosprechstunde

Es besteht die Möglichkeit, einen Teil der psychotherapeutischen Sitzungen als Videobehandlung durchzuführen. Voraussetzung ist, dass die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Die Entscheidung über Videobehandlung erfolgt gemeinsam mit Patient*in und Sorgeberechtigten unter Berücksichtigung des individuellen Falles und der Lebensumstände.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch die Psychotherapeut*in persönlich durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen findet in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Videositzung darf von keiner Teilnehmer*in mitgeschnitten oder gespeichert werden.
5. Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Endgerät abgesichert ist. Schadprogramme könnten u.U. Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Erklärung: Ich/wir willige/n in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen mittels des Videodienstes der Red Medical Systems GmbH unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Diese Erklärung wird freiwillig und auf eigenen Wunsch abgegeben. Eine nicht-abgegebene Erklärung führt zu keinen Nachteilen. Ein Widerruf dieser Erklärung ist jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angaben von Gründen für die Zukunft möglich. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Zeitpunkt des Widerrufs durchgeführten Videositzungen nicht berührt.

Name Patient/in: _____

Ort, Datum, Unterschrift