

Information und Einwilligung zur psychotherapeutischen Videosprechstunde

In unserer Psychotherapeutischen Ambulanz können psychotherapeutische Leistungen in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung keinen unmittelbaren persönlichen Kontakt mit Ihnen erfordert. Diese Entscheidung treffen wir gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens, Ihrer Lebensumstände und der technischen Möglichkeiten.

Für eine Videosprechstunde gelten die folgenden Regeln:

- 1) Die Videositzung wird nur durch den/die Therapeuten/Therapeutin
_____ durchgeführt.
- 2) Für die psychotherapeutische Videosprechstunde wird ein zertifizierter Anbieter genutzt, der von der Kassenärztlichen Vereinigung (KBV) zugelassen ist und eine technisch sichere Ende-zu-Ende Verschlüsselung sicherstellt. Das heißt, dass Gesprächsinhalte weder vom Videoanbieter noch von Dritten eingesehen oder gespeichert werden können.
- 3) Unsere Ambulanz arbeitet mit dem zertifizierten Anbieter: „sprechstunde.online“.
- 4) Die psychotherapeutische Videosprechstunde sollte in ruhigen, geschlossenen Räumen stattfinden, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen. Nehmen Sie sich für die Videosprechstunde ausreichend Zeit, suchen sich einen gemütlichen, geschützten und sicheren Ort und sorgen Sie dafür, dass Sie nicht gestört werden.
- 5) Für eine Videosprechstunde erhalten Sie einen Zugangscode, den Sie von jedem Gerät (Smartphone, Tablet, PC, Laptop) aufrufen können. Sie selbst müssen kein Programm installieren.
- 6) Beachten Sie, dass zu Beginn jeder Videosprechstunde alle in den beiden Räumen anwesenden Personen einander vorgestellt werden müssen. Die Videosprechstunde darf von keinem/keiner Teilnehmer*in mitgeschnitten, gespeichert, aufgezeichnet oder übertragen werden.

Achtung: Für den Datenschutz der psychotherapeutischen Videosprechstunde ist es entscheidend, dass Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone) gut abgesichert und geschützt ist, sodass Schadprogramme keine Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten können. Überprüfen Sie deshalb zu Ihrem eigenen Schutz die **Aktualität Ihres Betriebssystems, Virenschutzprogramms** und die **Aktivierung Ihrer Firewall**.

Hiermit bestätige ich, die Ausführungen gelesen und verstanden zu haben und willige in die Durchführung von psychotherapeutischen Videosprechstunden ein. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum

Name (in Blockbuchstaben)

Unterschrift Patient*in/Sorgeberechtigte(r)