

Einverständniserklärung zur Videobehandlung

Name, Vorname des Patienten: _____

Anschrift: _____

Geburtsdag: _____

Hiermit willige ich in die Erbringung von Therapieleistungen durch **Videobehandlung** ein.

Mir ist bekannt, dass die Therapie mittels akustischer und visueller Übertragung auf elektronischem Wege erfolgt. Hierzu benötige ich eine geeignete technische Ausstattung, die einen Bildschirm, eine Kamera, ein Mikrofon und einen Lautsprecher umfasst, wobei deren Funktionalitäten auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein können (z.B. Smartphone, Notebook, Tablet). Die vorgenannte technische Ausstattung muss mir während der gesamten Dauer der Videobehandlung uneingeschränkt zur Verfügung stehen und eine angemessene gegenseitige Kommunikation gewährleisten.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Videobehandlung zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat.

Zu Beginn der Videobehandlung muss auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgen. Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videobehandlung nicht gestattet.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Therapie in diesem Falle möglicherweise nicht fortgesetzt werden kann.

Diese Vereinbarung gilt zunächst bis zum 31. Mai 2020.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte/
bzw. gesetzlicher Betreuer

Datenschutzerklärung: Ich willige ein, dass meine Daten zur Bearbeitung dieser Anfrage und für den dazu erforderlichen Zeitraum gespeichert werden. Eine Auskunft über die gespeicherten Daten kann jederzeit verlangt werden. Die vollständige Löschung aller Daten kann ebenfalls verlangt werden. Ich bin darüber informiert, dass ich die vollständige Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis oder unter <https://www.antonius.de/datenschutz> einsehen und zur Kenntnis nehmen kann.