Praxis Dr. med. Jana Kern
Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie
Schützenstraße 32, 89231 Neu-Ulm
Telefon: 0731 - 60 26 28 90 / www.PsychotherapiePraxis-Kern.de

Information und Einwilligung zur Videosprechstunde

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens und Ihrer Lebensumstände.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzungen werden nur durch Ihre Therapeutin Dr. med. Jana Kern durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere End-to-End-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen finden 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.
5. Die Videositzungen dürfen nur nach vorheriger Absprache und im gegenseitigen Einverständnis aufgezeichnet und gespeichert werden. *

Wichtiger Hinweis für Sie:
Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone, …) abgesichert ist. Schadprogramme können Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen und der damit verbundenen notwendigen Datenverarbeitung unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

*Ich stimme auch Aufzeichnungen zur Dokumentation der Behandlung während der Videosprechstunde zu (*ist ggf. zu streichen).

Name: …… , geb. am: ……

……..
Ort, Datum

……..
Unterschrift Patient*in