**Einverständniserklärung zur Durchführung Videokonferenz-basierter Psychotherapie**

Stand: 01.04.2020

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie wurden umfassend über die Möglichkeit der Durchführung einer Videobehandlung informiert und haben sich gemeinsam mit Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin für eine Videobehandlung entschieden. Bitte beachten Sie, dass die Entscheidung, ob und in welchem Maße Video-Sitzungen in Ihrer Behandlung eingesetzt werden, Ihr(e) TherapeutIn gemeinsam mit Ihnen in Abwägung des Für und Wider trifft.

Für die Durchführung der Video-Behandlungen nutzen wir die *Online-Plattform arztkonsultation*. Um Videobehandlungen nutzen zu können, müssen Sie der Übermittlung personenbezogener Daten an *die arztkonsulation ak GmbH, Friedensstraße 29, 19053 Schwerin* zustimmen. Außerdem müssen Sie einwilligen, dass die *arztkonsultation ak GmbH* Ihre personenbezogenen Daten entsprechend der geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeiten darf.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung in die Datenübermittlung für die Zukunft zu widerrufen. Hierzu wenden Sie sich bitte direkt an Ihre(n) Therapeuten/in.

Damit Sie Ihre Videobehandlung starten können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Ohne Ihre Einwilligung kann eine Videobehandlung nicht durchgeführt werden. Möchten Sie eine Videobehandlung durchführen, drucken Sie bitte die folgenden Einverständniserklärungen der nächsten zwei Seiten aus und schicken Sie beide Seiten unterschrieben zurück an:

Psychotherapeutische Ambulanz  
Psychologisches Institut der Universität Freiburg  
z.Hd. ##THERAPEUT\*IN##  
Engelbergerstraße 41  
79106 Freiburg

Falls Ihnen der Ausdruck und postalische Weg aktuell nicht möglich ist, sprechen Sie bitte mit Ihrem/r TherapeutIn ab, welche alternative Lösung für Sie gefunden werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Psychotherapeutischen Ambulanz

**Einverständniserklärung Datenschutz**

Bitte vollständig ausfüllen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Hiermit erkläre ich, ausreichend über den Ablauf der Videobehandlung sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der *arztkonsultation.de*-Videobehandlung freiwillig ist und die Nutzung der Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

* die Videobehandlung zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet
* Bild- und / oder Tonaufzeichnungen während der Videobehandlung unterbleiben
* Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden
* die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videobehandlung meinerseits erfüllt sind

Ich bin einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den Therapeuten / die Therapeutin zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videobehandlung erfolgt. Ich stimme zu, dass der Therapeut / die Therapeutin meine E-Mail-Adresse bzw. Mobilfunknummer für die Einladung zur *arztkonsultation.de*-Videobehandlung nutzt und mir TAN und Login-Informationen zugeschickt werden. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen TherapeutIn und PatientIn im Rahmen der Videobehandlung analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis / Ambulanz.

Es ist mir bekannt, dass die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen werden kann. Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt. Ich erkläre darüber hinaus die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videobehandlung.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift PatientIn bzw. gesetzlicher Vertreter



x