



DIPL.-PÄD.

**SARINA RISSE**

KINDER- & JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN (TP)

**PatientIn:** \_\_\_\_\_

### Information und Einwilligung des Patienten zur psychotherapeutischen Videosprechstunde

Auch in dieser Praxis 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. Für eine Videosprechstunde in dieser Praxis gelten die folgenden Regeln:

- (1) Die Videositzung wird nur durch die Therapeutin: Sarina Risse durchgeführt.
- (2) Für die psychotherapeutische Videosprechstunde wird ein zertifizierter Anbieter genutzt, der von der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zugelassen ist und eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung sicherstellt. Das heißt, dass Gesprächsinhalte weder vom Videodienstanbieter noch von Dritten eingesehen oder gespeichert werden können.
- (3) Diese Praxis arbeitet mit dem zertifizierten Anbieter: sprechstunde.online
- (4) Für eine Videosprechstunde erhalten Sie einen Zugangscode, den Sie von jedem Gerät (Smartphone, Tablet, PC, Laptop) aufrufen können, Sie selbst müssen kein Programm installieren o. Ä.
- (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/Teilnehmerin 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.

**Um Ihnen den Anmeldecode zuzuschicken benötige ich Ihre Emailadresse oder Handynummer, um den Code zuzusenden.**

Hiermit bestätige ich, dass ich den **Zugangscode an:** \_\_\_\_\_  
(Email oder Handynummer) versendet haben möchte und willige somit darin ein, für diesen Code über SMS bzw. Email zu kommunizieren. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum, \_\_\_\_\_ und Unterschrift PatientIn/ **aller** Sorgeberechtigten

### Information und Einwilligung des Patienten zur Korrespondenz über das Internet:

Die Möglichkeit zur Korrespondenz über das Internet zw. der Praxis und den Angehörigen und Patienten, sowie Dritten, zu denen eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt, erleichtert manchmal den Austausch. Im Hinblick auf Datenschutz ist dies sensibel zu behandeln und es kann keine absolute Sicherheit gegeben werden. Emails dienen ausdrücklich nur dem erleichterten Versenden von z.B. Unterlagen und soll ausdrücklich keinesfalls als „Gesprächsweg“ dienen.

**Als Sorgeberechtigte/ PatientIn sind wir mit dem Austausch von Informationen über das Internet (E-Mail)**

einverstanden  nicht einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum, \_\_\_\_\_ und Unterschrift PatientIn/ **aller** Sorgeberechtigten