



**F. X. Thomas Schneider**

analytische, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder- Jugendliche und deren Eltern  
verhaltenstherapeutische Eltern-, Kinder- und Jugendlichentrainingsmaßnahmen  
Gruppenlehranalytiker, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter (BAB, DGIP, D3G, GaKiJu, VAKJP, BVVP)  
Dozent in der Aus- u. Weiterbildung (analytischer) Kinder- u. Jugendlichen(gruppen)psychotherapie  
Coaching, Supervision für Mitarbeitende in pädagogischen und psychologischen Arbeitsfeldern  
Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Hypnose-, (EMDR-)Traumatherapie

**Praxis für Eltern-, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie**

## **Dokumentation der Aufklärung des Versicherten bei Durchführung von Behandlungen als Videositzung**

und

### **Einverständniserklärung zur Datenerhebung -verarbeitung und -nutzung bei Durchführung von Videositzungen**

nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V

Herr / Frau

\_\_\_\_\_ ( Name, Vorname )

geb. am

\_\_\_\_\_

wohnhaft

\_\_\_\_\_

wurden heute darüber aufgeklärt, dass psychotherapeutische Leistungen als Videositzung erbracht werden können.

Dabei wurden insbesondere die untenstehenden Regelungen zur Durchführung und zum Datenschutz besprochen.

Die Behandlung ist  für o.g. Versicherte/n selbst vorgesehen.

für folgende Person, für die o.g. Versicherte/r sorgeberechtigt ist vorgesehen

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname, geb. am)

Für Videositzungen gelten folgende Regelungen:

- Psychotherapeutische Leistungen können dann als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Dies ist von Sitzung zu Sitzung individuell zu entscheiden.
- Die Teilnahme an der Videositzung ist für mich und die Therapeutin / den Therapeuten freiwillig.
- Für die Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Die Videositzung findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen.
- Für die technische Absicherung des für die Videositzung verwendeten Gerätes (aktuelles Betriebssystem, aktuelles Virenschutzprogramm, aktivierte Firewall) ist der / die Versicherte bzw. die behandelte Person selbst verantwortlich. Es wird ausdrücklich drauf hingewiesen, dass Schadprogramme u.U. in der Lage sind, Videoübertragungen aufzuzeichnen und weiterzuleiten.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter Geltung der oben genannten Regelungen ein.

***Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.***

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Versicherte/r  
bzw. des  
gesetzl. Vertreters

---

Unterschrift Behandelte/r