Thomas Schneider

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 vom Therapeuten 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. Bitte vergegenwärtigen Sie sich, dass Videositzungen ein professionelles Gespräch im Rahmen der Therapie darstellen und somit ihre Aufmerksamkeit wie bei einem Präsenztermin in der Praxis erfordern.

- 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.

- Videosprechstunden können grundsätzlich als Hybridsitzung (Präsenz/Video) organisiert werden. In diesem Fall leiten Sie eigenverantwortlich den Link für die Sitzung an Dritte weiter (anderen Elternteil, Lehrer/in, Erzieher/in, Vormund…), die online zugeschaltet werden sollen und klären diese über die Inhalte dieses Dokumentes auf.

- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum bzw. online anwesenden Personen zu erfolgen. Wenn sich Personen entfernen oder hinzukommen, wird dies den Teilnehmenden angezeigt.

- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

- Bitte vergegenwärtigen Sie sich, dass Videositzungen ein professionelles Gespräch im Rahmen der Therapie darstellen und somit ihre Aufmerksamkeit wie bei einem Präsenztermin in der Praxis erfordern. Entsprechend sollten sie den Raum, den Ort für das Gespräch auswählen und vorbereiten.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter Geltung der oben genannten Regelungen ein. Bei groben Regelverstößen behält sich der Praxisinhaber vor, die Sitzung kostenpflichtig zu beenden.

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

Datum, Unterschrift Patient sofern älter als 14 Jahre	Datum, Unterschrift Mutter falls sorgeberechtigt / Gesundheitsfürsorge	Datum, Unterschrift Vater falls sorgeberechtigt/Gesundheitsfürsorge