

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Olewiger Str.16, 54295 Trier · Tel. 0651 - 15 06 10 34

Yael Amanda Creutzfeldt

Diplom-Kunsttherapeutin / Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

LANR: 7837 976 69 · BSNR: 507100400

Psychotherapeutische Videositzungen - Information und Einwilligung

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

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihr Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort.

Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrophon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus.

Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den Ihr Therapeut beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss.

Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Therapeuten besprechen, auch vertraulich bleibt.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten von Ihrem Therapeuten einen Termin für die Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodienstanbieters und den Link für die Videosprechstunde.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Therapeut Sie richtig zuordnen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Therapeut zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Dem Videodienstanbieter und dem Therapeuten ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen

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 nämlich Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Einwilligung Videositzung: Hiermit erkläre ich

..... |
Vor- und Nachname | Geburtsdatum

..... |
E-Mail | Telefonnummer

..... |
Straße/Hausnummer | PLZ/Ort

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin Einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

..... |
Ort, Datum | Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Bei Minderjährigen:

Hiermit willige ich Frau/Herr geboren am

wohnhaft in
(Straße, Hausnummer; PLZ, Ort)

bezogen auf meine/n Sohn/Tochter geboren am
(Vorname, Name)

in die Durchführung von Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....,
Ort Datum

..... |
Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1 | Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2