

**Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -Verarbeitung und -Nutzung bei Durchführung  
einer Videobehandlung und Aufklärung des Versicherten**

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

Ich (Name, Vorname, Ort ..... wurde darüber aufgeklärt,  
dass Gesprächsleistungen auch als Videosprechstunde erbracht werden können, unter Be-  
rücksichtigung geltender Datenschutzregelungen.

Die Videosprechstunde findet

zwischen

Praxis Götz Schwope  
Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut  
Am Stadtpark 14 31655 Stadthagen Tel.: 05721/ 92 92 68

und

Pat.: Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Krankenkasse,

-----  
für Jgdl. unter 17 J. ist die Einverständniserklärung der sorgeberechtigten Eltern notwendig.

Name, Vorname, Adresse der sorgeberechtigten Personen

---

Die Teilnahme an Videosprechstunden ist grundsätzlich freiwillig. Meine Praxis arbeitet mit dem von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Anbieter „redmedical“ zusammen, der eine sichere Ende-zu-Ende Verschlüsselung vorhält. Der Videodienstleister kann die Inhalte des Prozesses nicht einsehen und nicht speichern. Für eine vertrauensvolle Behandlung, Gewährleistung des Datenschutzes und Wahrung der Patientenrechte findet die Videosprechstunde in geschlossenen Räumen statt. Beide Teilnehmer sorgen für einen störungsfreien Verlauf und stellen sicher, dass niemand mithören kann. Aufzeichnungen jeglicher Art von Videobehandlungen ist weder von Ihnen, vom Therapeuten oder Anderen erlaubt. Für die Videobehandlung brauchen Sie einen PC/ Tablet/ Laptop mit einem aktuellen Betriebssystem und entsprechender aktueller Virensoftware, sowie eine entsprechende aktualisierte Firewall im Router Ihrer Telefonanlage. Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt eine kurze Vorstellung und eine mündliche Aufklärung. Sie können dann etwaige Fragen noch mit mir klären.

Ich bin über die Durchführung der Videobehandlung und den Datenschutz schriftlich aufgeklärt worden. Jederzeit auch einsehbar bei: [goetz-schwope-psychotherapeut.de](http://goetz-schwope-psychotherapeut.de) unter *Videobehandlung*, der *Datenschutzerklärung für Patienten*, sowie der *Datenschutzerklärung*) Zu Beginn der Videosprechstunde wurde ich zudem noch einmal mündlich aufgeklärt und hatte die Gelegenheit etwaige Fragen zur Videobehandlung zu klären. Meine Zustimmung gilt für den gesamten Behandlungszeitraum (ggf. mehrere Videobehandlungen je nach Vereinbarung) kann aber jederzeit schriftlich widerrufen werden.

.....

Ort/ Datum

.....

Unterschrift des Pat. bzw. der Sorgeberechtigten Eltern