



DR. ANNE HELLMANN

Praxis für Psychotherapie

Kinder | Jugendliche | Junge Erwachsene

Einverständnis Videosprechstunde

Ergänzung zum Behandlungsvertrag

Zwischen

Name, Vorname

Geburtsdatum

und

Praxis für Psychotherapie
Dr. Anne Hellmann
Kleiststraße 4
45128 Essen

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

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch den bzw. die Psychotherapeut*in durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen finden auf beiden Seiten in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Videositzung darf von keiner/m Teilnehmer*in mitgeschnitten oder gespeichert werden.

Wichtiger Hinweis für Sie: Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone etc.) abgesichert ist. Schadprogramme können Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall. Der/die Patient*in, bzw. die Sorgeberechtigten ist/sind für einen ausreichenden Schutz des Gerätes und der Räumlichkeiten selbst verantwortlich.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)