

Dokumentation der Aufklärung des Versicherten bei Durchführung von Behandlungen als Videositzung

Name, Geburtsdatum

Adresse

wurde 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 oben genannte versicherte Person selbst vorgesehen.
für folgende Person, für die die oben genannte Versicherte bzw. für die der oben genannte Versicherte sorgeberechtigt ist vorgesehen.

Name des Behandelten, Geburtsdatum, Krankenkasse

Für Videositzungen gelten folgende Regelungen:

- ▶ Psychotherapeutische oder auch kinderpsychiatrische 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 bzw. mein Kind 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 weder durch noch andere eingesehen oder 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 darauf hingewiesen, dass Schadprogramme unter Umständen 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. Die Teilnahme/Anwesenheit nicht explizit zur Videositzung eingeladenen Personen ist nicht gestattet.
- ▶ Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videoaufzeichnung 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 Person
bzw. gesetzliche Vertretung

Unterschrift behandelte
Person

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

- ▶ Ich wurde heute von Frau Dorothee Möhrle, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) über die Durchführung von psychotherapeutischen / kinderpsychiatrischen Videositzungen informiert (siehe oben Aufklärung des Versicherten).
- ▶ Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videositzungen durch meine Therapeutin/Kinderpsychiaterin/meinen Therapeuten ein.
- ▶ Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Terminatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch Viomedi erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- ▶ Mir ist bekannt, dass der oben genannte Anbieter der Videosprechstunde keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten und die Gesprächsinhalte erhält, insbesondere zeichnet er keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.
- ▶ Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei meiner Therapeutin, Kinderpsychiaterin, meinen Therapeuten – ebenfalls in schriftlicher Form – widerrufen kann. genannten Regelungen ein. **Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.**

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person
bzw. gesetzliche Vertretung

Unterschrift behandelte
Person