

**Psychotherapeutische Videosprechstunde:
Information und Einwilligung**

Auch in meiner Praxis können psychotherapeutische Leistungen in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung keinen unmittelbaren persönlichen Kontakt mit Ihnen erfordert. Diese Entscheidung treffen wir gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens, Ihrer Lebensumstände und der technischen Möglichkeiten.

Für eine Videosprechstunde in meiner Praxis gelten die folgenden Regeln:

1. Die Videositzung wird nur durch Britt Bürgel als Therapeutin durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutische Videosprechstunde wird ein zertifizierter Anbieter genutzt, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zugelassen ist und eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung sicherstellt. Das heißt, dass Gesprächsinhalte weder vom Videodienstanbieter noch von Dritten eingesehen oder gespeichert werden können.
3. Meine Praxis arbeitet mit dem zertifizierten Anbieter RED medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80687 München.
4. Die psychotherapeutische Videosprechstunde sollte in ruhigen, geschlossenen Räumen stattfinden, die Ihnen eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen. Nehmen Sie sich für die Videosprechstunde ausreichend Zeit, suchen Sie sich einen gemütlichen, geschützten und sicheren Ort und sorgen Sie dafür, dass Sie nicht gestört werden.
5. Für eine Videosprechstunde erhalten Sie einen Zugangslink sowie einen Eingangscodes, den Sie von jedem Gerät (Smartphone, Tablet, PC, Laptop) aufrufen können, Sie selbst müssen kein Programm installieren.
6. Beachten Sie, dass zu Beginn jeder Videosprechstunde alle in beiden Räumen anwesenden Personen einander vorgestellt werden müssen. Die Videosprechstunde darf von keinem/keiner Teilnehmer/Teilnehmerin mitgeschnitten, gespeichert, aufgezeichnet oder übertragen werden.

Für den Datenschutz der psychotherapeutischen Videosprechstunde ist es entscheidend, dass Ihr gewähltes Medium gut abgesichert und geschützt ist, sodass Schadprogramme keine Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten können. Überprüfen Sie deshalb zu Ihrem eigenen Schutz die Aktualität Ihres Betriebssystems, des Virenschutzprogramms und die Aktivierung Ihrer Firewall.

Hiermit bestätige ich, die Ausführungen gelesen und verstanden zu haben und willige in die Durchführung von psychotherapeutischen Videosprechstunden ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum, Name (in Druckbuchstaben) und Unterschrift Patient*in