

Videotherapeutische Sitzungen - Informationen, Regeln, Einwilligung -

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

Für die Videositzungen gelten folgende Regeln:

1. Die Videositzung wird nur durch die Psychotherapeutin durchgeführt.
2. Es muss für die Videosprechstunde eine Einwilligung abgegeben werden, diese muss vor der 1. Sitzung von allen sorgenberechtigten Personen unterschrieben und mir per Emailanhang (kontakt@praxis-schlewinski.de) oder als Foto zugesendet werden (Einwilligung s.u. auf diesem Vordruck)
3. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können vom Videoanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
4. Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen - wie eine normale Sprechstunde auch. So darf die Videosprechstunde auf keinen Fall von jemandem mitgeschnitten oder gespeichert werden, auch nicht als Tonaufnahme, dies ist von Seiten des Patienten und von Seiten der Therapeutin einzuhalten. Zu Beginn der Videosprechstunde müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen.
5. Der Klarname der Patientin/des Patienten muss für die Therapeutin erkennbar sein.
6. Die Videosprechstunde muss frei von Werbung sein.

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 aktuelle Videoübertragungen „hacken“. Zum Schutz gehören ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Einwilligung

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

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift Patientin/Patient

Datum, Name in Druckschrift, Unterschriften der sorgenberechtigten Personen für Patientin/Patient