

Informationen & Einwilligung zur Online-Videobehandlung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben das Angebot einer Online-Videobehandlung erhalten. Die Online-Videobehandlung ist freiwillig und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrer Psychotherapeutin bzw. Ihrem dem Psychotherapeuten in Ausbildung läuft ähnlich ab wie in der Ambulanz. Sie vereinbaren wie gehabt einen Termin mit Ihrer/m Therapeut/in. Für die Teilnahme an dem Gespräch sendet Ihr/e Therapeut/in Ihnen per E-Mail oder SMS einen Link zu. Die Therapiestunde erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie dafür in die Ambulanz kommen müssen.

Für die Online-Videobehandlung benötigen Sie folgende Technik:

- Ein Gerät mit dem Sie eine Internetverbindung haben, z. B. Smartphone, Tablet oder Notebook
- Kamera, Mikrofon und Lautsprecher bzw. Headset, intern oder am Gerät angeschlossen

Die technische Verbindung läuft über den zertifizierten Videodienstanbieter VIOMEDI (viomedi.de), der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllt, um ein unbefugtes Mithören oder Zuschauen durch Dritte zu verhindern, und der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Dienstleister für Videosprechstunden genehmigt ist. Ihre unten angegebenen Kontaktdaten werden zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunden im Programm VIOMEDI genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Online-Videobehandlung kann nur stattfinden, wenn Sie mit der Nutzung dieses Videodienstes einverstanden sind.

Vor der ersten Online-Videobehandlung informiert Ihr/e Therapeut/in Sie über die Regelungen und das Vorgehen. So ist es verboten, das Gespräch aufzuzeichnen oder zu filmen. Sie erhalten zudem Informationen darüber, worauf Sie bei der Videotherapie achten sollten, zum Beispiel auf gute Beleuchtung, eine ruhige und störungsfreie Umgebung, und sowohl Sie als auch Ihr/e Therapeutin müssen sich alleine in einem Raum befinden, sodass niemand anderes das Gespräch sieht oder hört.

Ich

Vorname, Nachname

bin mit der Online-Videobehandlung einverstanden. Die Informationen zur Datensicherheit und dem Ablauf habe ich erhalten und gelesen. Mir ist bekannt, dass die Online-Videobehandlung freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ich bin damit einverstanden, dass ich den Link für die Teilnahme erhalte, per:

E-Mail _____ (E-Mail-Adresse)

SMS _____ (Mobilfunknummer)

Ort, Datum:

Unterschrift der/des Patienten/in

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an Ihre/n behandelnde/n Therapeut/in wenden oder an das Ambulanzsekretariat des IFT-Nord.

E-Mail: ambulanz@ift-nord.de

Telefon: 0431 – 570 29 40