

## VIDEOBEHANDLUNG EINWILLIGUNG & DATENSCHUTZERKLÄRUNG

DIPL. PSYCH. STEPHANIE E. HEUDECKER  
VERHALTENSTHERAPIE | EINZEL UND GRUPPEN  
KIRCHENSTRASSE 11 | 21244 BUCHHOLZ I. D. N.  
PRAXIS@PSYCHOTHERAPIE-HEUDECKER.DE  
0157 / 76428660

Hiermit erkläre ich:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr.	PLZ	Wohnort
Tel. Mobil	E-Mail	

ausreichend über den Ablauf der Videobehandlung sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Meine Fragen zur Thematik „Videobehandlung“ wurden hinreichend von der Therapeutin beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videobehandlung freiwillig und die Nutzung der Software der Videodienstleister, mit denen die Praxis für Psychotherapie Stephanie E. Heudecker arbeitet, Red Medical Systems GmbH für mich unentgeltlich sind. Meine E-Mailadresse darf zur Zusendung des Einwahlcodes verwendet werden.

### Ich versichere, dass

1. ich von meiner Therapeutin Frau Stephanie E. Heudecker vorab persönlich informiert wurde über wesentliche Umstände der Videobehandlung wie deren Sinn und Zweck, Umfang, technische Voraussetzungen, Ablauf und Datensicherheit.
2. ich persönlich aufgeklärt wurde über mögliche Einschränkungen und Risiken dieser Behandlungsform und über den Umgang mit technischen Problemen (z.B. Verbindungsabbruch).
3. die Videobehandlung zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger, ausreichend beleuchteter Umgebung stattfindet.
4. ich zu Beginn der Videobehandlung alle im Raum anwesenden Personen vorstelle (z.B. gesetzliche Betreuung) und diese auf den Geheimnis- und Datenschutz hinweise.
5. Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videobehandlung durch mich selbst oder eine andere Person unterbleiben. Ich bin darüber informiert worden, dass Aufzeichnungen jeder Art während der Videobehandlung aus strafrechtlichen Gründen nicht gestattet sind.
6. bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videobehandlung vorliegen.
7. ich damit einverstanden bin, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die behandelnde Therapeutin zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videobehandlung erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeutin und PatientIn im Rahmen der Videobehandlung analog zum unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.
8. mir bekannt ist, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Dazu reicht eine mündliche Mitteilung an meine behandelnde Therapeutin aus.

Durch meine Unterschrift willige ich in die Teilnahme an der Videobehandlung ein und erkläre die Kenntnisnahme, das Verständnis und die Einhaltung o.g. Zusicherungen (1-8). Zum anderen bestätige ich durch meine Unterschrift, dass mir das Handout „Informationen zur Videobehandlung“ ausgehändigt wurde, ich dieses zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort, Datum	Unterschrift Patient/in	Unterschrift TherapeutIn
------------	-------------------------	--------------------------