

**Dokumentation der Aufklärung des Versicherten bei Durchführung von
Behandlungen als Videositzung
und
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

Herr / Frau

(Name, Vorname)

geb. am

wohnhaft

wurden 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 o.g. Versicherte/n selbst vorgesehen.

für folgende Person, für die o.g. Versicherte/r
sorgeberechtigt ist vorgesehen

(Name, Vorname, geb. am)

Für Videositzungen gelten folgende Regelungen:

- Psychotherapeutische 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 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 durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch 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 drauf hingewiesen, dass Schadprogramme u.U. 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.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde 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/r
bzw. des
gesetzl. Vertreters

Unterschrift Behandelte/r

Einverständniserklärung zur Datenerhebung -verarbeitung und -nutzung

- () Ich wurde heute von _____
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 –
ÄrzteSGB V) über die Durchführung von psychotherapeutischen
Videositzungen informiert (s.o.Aufklärung des Versicherten).
- () Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner
Gesundheitsdaten im Rahmen der Videositzungen durch meine
Therapeutin / meinen Therapeuten ein.
- () Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden Daten (Name,
Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und
Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde
durch **RED Medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80687 München**
erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
**Mir ist bekannt, dass der o.g. 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 / meinem
Therapeuten widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r
bzw. des
gesetzl. Vertreters

Unterschrift Behandelte/r