



Videosprechstunde – Aufklärungsdokumentation und Einverständnis zur Datenerhebung, -verarbeitung, -nutzung

Patient*in (Vor- und Nachname) _____

Geburtsdatum: _____

Das Formular hat den Zweck der **Dokumentation der Aufklärung des Versicherten bei Durchführung von Behandlungen als Videositzung** und der **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 _____ geb. am _____

wohnt in _____

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:

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.



- o Die Teilnahme an der Videositzung ist für mich und _____ freiwillig.
- o Für die Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Anbieter Epikur genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
- o Die Videositzung findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen.
- o 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.
- o Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- o 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 des Versicherte/r, gesetzliche/r Vertreter/in

Ort, Datum

Unterschrift Behandelte/r