

**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 **Praxis KiJu - Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** 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** 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

E-Mail-Adresse: