

Psycho Med Zentrum Bochum

DOKUMENTATION DER AUFKLÄRUNG DES VERSICHERTEN BEI DURCHFÜHRUNG VON BEHANDLUNGEN ALS VIDEOSPRECHSTUNDE

und

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENERHEBUNG, -VERARBEITUNG UND -NUTZUNG BEI DURCHFÜHRUNG VON VIDEOSPRECHSTUNDE

nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V

NAME,
GEBOREN AM

VORNAME

WOHNHAFT IN

VERSICHERT BEI

wurde heute darüber aufgeklärt, dass Gesprächsleistungen als Videosprechstunde erbracht werden können. Dabei wurden insbesondere untenstehende Regelungen zur Durchführung und zum Datenschutz besprochen.

Die Behandlung ist vorgesehen für o. g. Versicherte/n selbst. Für Videosprechstunden gelten folgende Regelungen:

- Psychotherapeutische Leistungen können dann als Videosprechstunde 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 Videosprechstunde ist für mich und den / die TherapeutIn freiwillig.

- Für die Videosprechstunde 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 Videosprechstunde 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 Videosprechstunde verwendeten Gerätes (aktuelles Betriebssystem, aktuelles Virenschutzprogramm, aktivierte Firewall) ist der / die Versicherte bzw. die behandelte Person selbst verantwortlich. Es wird ausdrücklich

darauf 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 Videosprechstunden unter Geltung der oben genannten Regelungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....
ORT, DATUM

.....
VERSICHERTER

.....
BEHANDLER