



Caroline Bender

Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Dipl.-Päd. Caroline Bender
Analytische KJ-
Psychotherapeutin
Sophienallee 24
20257 Hamburg

0151 5615 0043
kjp-bender@posteo.de
www.kjp-bender.de

**Dokumentation der Aufklärung zur Durchführung von Behandlungen
als Videosprechstunde**

und

**Einverständniserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung bei
Durchführung von Videosprechstunden**

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

Name des Kindes/Jugendlichen

Geburtsdatum

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 einer Videosprechstunde ist freiwillig.

Für die Videosprechstunde wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende- Verschlüsselung gewährleistet. 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.



Caroline Bender

Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Für die technische Absicherung des für die Videosprechstunde verwendeten Gerätes (aktuelles Betriebssystem, aktuelles Virenschutzprogramm, aktivierte Firewall) ist der / die Versicherte bzw. die Therapeutin 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.

Hamburg, den _____

Unterschrift Jugendliche:r

Unterschrift Sorgeberechtigte:r/Mutter

Unterschrift Sorgeberechtigte:r/Vater