

## Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Videobehandlung

Hiermit erkläre ich,

Ggf. gesetzlicher Vertreter: Name	Vorname	
Patient: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Wohnort	
E-Mail-Adresse	Mobilfunknummer	

durch die Mitarbeiter der *Ambulantes Zentrum für Rehabilitation und Prävention am Entenfang GmbH* ausreichend über den Ablauf der therapeutischen Videobehandlung (Plattform: Videosprechstunde für Praxen – sprechstunde.online der DAAG) sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videobehandlung freiwillig ist und die Nutzung für mich keine weiteren Kosten verursacht, da dies auf der Grundlage meiner ärztlichen Heilmittelverordnung abgedeckt wird.

Ich versichere, dass

- die Videobehandlung in einem geschlossenen Raum und ruhiger Umgebung stattfindet, damit die Behandlung ungestört und unter Gewährleistung der Datensicherheit erfolgt.
- anwesende Personen im Raum zu Beginn vorgestellt werden.
- anwesende Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden.
- ich keine Bild- und/oder Tonaufzeichnungen mache.
- mir die technisch erforderlichen Voraussetzungen für die Nutzung der Videobehandlung zur Verfügung stehen.

Ich bin damit einverstanden, dass die für die Teletherapie zusätzlich benötigten Daten (E-Mail-Adresse, Termin mit Datum, Uhrzeit und Dauer) zur Dokumentation der stattgefundenen Videobehandlung in der Praxissoftware MediWorks gespeichert werden. Diese Daten dienen einzig zu Dokumentationszwecken und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen behandelnden Therapeuten ausreichend. Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

Ich verpflichte mich, dass ich zur Nachvollziehbarkeit der Leistungserbringung jeweils am Ende der durchgeführten Behandlung meine Teilnahme in einem dafür vorgesehen Textfeld oder schriftlich per E-Mail bestätige (Textvorlage: *Hiermit bestätige ich, dass ich am „Datum“ um „Uhrzeit“ an der „entsprechende Therapiemaßnahme“ teilgenommen habe.*).

Ort, Datum Unterschrift des Patienten oder ggf. gesetzlicher Vertreter