

**Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik**
Chefarzt: Prof. Dr. med. Hubert Kuhs
Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
Agnes-Karll-Allee 17
25337 Elmshorn

**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

Herr / Frau _____
(Name, Vorname)

geb. am _____

wohnhaft _____

wird darüber aufgeklärt, dass psychotherapeutische Leistungen als
Videosprechstunde erbracht werden können.

Er / sie wird mit diesem Schreiben auch auf die untenstehenden
Regelungen zur Durchführung und zum Datenschutz hingewiesen.

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)

Einverständniserklärung zur Datenerhebung -verarbeitung und -nutzung sowie zur Durchführung der Videosprechstunde

Für die Videosprechstunde gelten folgende Regelungen:

- 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.
 - Da es sich bei der Videosprechstunde um eine Leistung der Krankenkasse handelt, kann diese nicht ohne Offenlegung der Identität des Beratungssuchenden abgehalten 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 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.
- () Ich wurde heute von der Psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Sana Regio Klinikums Elmshorn, Agnes-Karll-Allee 17, 25337 Elmshorn, 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)

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter Geltung der oben genannten Regelungen ein.

- () Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter Geltung der oben genannten Regelungen ein.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

- () Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videositzungen durch die Psychiatrische Institutsambulanz und den behandelnden Psychotherapeuten / die behandelnde Psychotherapeutin 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 „CLICK-DOC VIDEOSPRECHSTUNDE“ der

CompuGroup Medical Deutschland AG
Maria Trost 21
56070 Koblenz

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 widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r
bzw. des
gesetzl. Vertreters

Unterschrift Behandelte/r