



Praxis für Psychotherapie
Mareike Zerr
Psychotherapie & Beratung

Einwilligung zur Videosprechstunde

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Aspekte in Kenntnis gesetzt worden bin.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet,
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt,
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben,
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden,
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der relevanten Behandlungsdaten durch Frau Mareike Zerr zum Zwecke der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeuten und Patienten im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren Kontakt in der Praxis. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die zur Durchführung der Videosprechstunde technisch notwendigen Informationen, meine Person betreffend (u.a. Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Uhrzeit und Dauer), verarbeitet werden durch:

Pro Psychotherapie e.V.
Landwehrstr. 35
80336 München
Telefon: 089 / 72997536
Telefax: 089 / 72997538
E-Mail: psyche@therapie.de

Weitergehende Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie hier:

https://www.therapie.de/fileadmin/dokumente/videotelefonie_einwilligungserklaerung_dsgvo_klienten.pdf

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Durch meine Unterschrift willige ich der Videosprechstunde ein.

Datum, Ort

Unterschrift