

## Einverständnis Videokonsultation



**Praxis Al-Dalati**  
Psychotherapie

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift:  
Psychotherapeutische Praxis  
Dipl.-Psych. Tarek Al-Dalati -  
Günthersburgallee 86  
60389 Frankfurt am Main

Mobil: 0173 - 824 8184  
E-Mail: info@kvt-frankfurt.de

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens und Ihrer Lebensumstände.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch Ihren Psychotherapeuten durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen findet in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Videositzung darf von keiner/m Teilnehmer\*in in irgendeiner Form mitgeschnitten oder gespeichert werden.
5. Für Videositzungen gilt das in Ihrem Behandlungsvertrag festgelegte Ausfallhonorar.
6. Die Zugangsdaten für die Videosprechstunde werden unabhängig von anderen dazu getroffenen Regelungen per E-Mail zugesandt.

Wichtiger Hinweis für Sie:

Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone, ...) abgesichert ist. Schadprogramme können nämlich Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Frankfurt am Main, den

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten