

Einverständniserklärung zur Videotherapie

Zwischen

Patient/in	Geburtsdatum
------------	--------------

und der behandelnden Praxis

der **Logopädiepraxis Anne Zuber** | Inhaberin: Anne Zuber-Schoch | Züricher Str. 92 | 81476 München

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass die Teilnahme an der Videotherapie freiwillig ist.

Es besteht jedoch nur die Möglichkeit der Videotherapie, wenn Grund zur Annahme besteht, dass eine Übertragung des COVID-19 Virus möglich ist, z.B. wegen akuter Erkältung (Husten, Fieber) oder durch unmittelbare Nähe zu einem Betroffenen (Quarantänepflichtige sowie deren Angehörige). Nur in diesen Fällen übernehmen die Krankenkassen einzelne Therapien und auch nur dann wenn lokal der Inzidenzwert hoch ist. Aktuelle Verordnungen können weiter zur Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen genutzt werden.

Die Videotherapie hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufs in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.

Zu Beginn der Videotherapie hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesender Personen zu erfolgen.

Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Behandlung nicht gestattet.

Ich wurde informiert, dass keinerlei personenbezogene Daten erhoben, gespeichert oder weiterverarbeitet werden.

Ich habe die Datenschutzhinweise bzgl. der Videotherapie nach Art.13 DSGVO zur Kenntnis genommen.

Für die Videosprechstunde wird eine entsprechende Plattform genutzt, eventuell anfallende Gebühren für Internet oder Telefon trägt der Patient.

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Durchführung einer oder mehrerer Behandlungen durch Therapeuten der Logopädiepraxis Anne Zuber im Rahmen einer Videobehandlung, unter den genannten Anforderungen, einverstanden bin.

Ort/Datum	Unterschrift Patient/in
-----------	-------------------------