

Praxisgemeinschaft
Christiane und Norbert Winkler
Hindenburgstr. 23
67433 Neustadt a.d.W.
www.therapie-winkler.de

Einwilligungserklärung

Schriftliche Einwilligung zur Videosprechstunde durch die/en Patient*in.

Die/er Patient*in willigt hiermit zur Behandlung durch die/en Psychotherapeut*in mittels Videosprechstunde ein und bestätigt, dass sie/er bereits in der Praxis der/s Psychotherapeuten behandelt worden ist. Sie/Er versichert für die Videosprechstunde folgende Rahmenbedingungen für eine störungsfreie Videosprechstunde zu erfüllen:

- Geschlossener Raum
- Ruhe sowie allein sein im Raum
- geeignete Technik (sicherer und schneller Internetzugang)
- gute Lichtverhältnisse
- keinerlei Aufzeichnung der Therapiestunde

Sind die Bedingungen nicht geeignet kann die/er Psychotherapeut*in die Videosprechstunde vorzeitig beenden.

Psychotherapeut*in: -----

Patient*in: -----

Email: -----

Der/m Patient*in wird durch die Praxis ein Zugangscode je Videosprechstunde mitgeteilt.

Datum

Unterschrift der/s Patient*in

Hinweis:

Diese Einwilligungserklärung wird in der Praxis der Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft Winkler aufbewahrt.