

Praxisgemeinschaft  
Christiane und Norbert Winkler  
Stadtplatz 8  
67098 Bad Dürkheim  
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. 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.

Zur Vorbereitung der Videosprechstunde wird Ihnen ein Zugangscode per Email oder SMS zugeschickt, der ein halbes Jahr Gültigkeit besitzt. Wir klären Sie hiermit darüber auf, dass für die Verarbeitung der dafür benötigten Daten der Videodienstanbieter (CompuGroup Medical Deutschland AG) verantwortlich ist. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage.

Psychotherapeut\*in: -----

Patient\*in: -----

Email od. Handy-Nr.: -----

Datum

Unterschrift der/s Patient\*in

Hinweis:

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