

## Einverständniserklärung zur Teletherapie/ Videobehandlung

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich in die Erbringung von Therapieleistungen durch **Teletherapie/ Videobehandlung** ein.

Es ist mir bekannt, dass die Schlucktherapie von der Videobehandlung ausgeschlossen ist. Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Therapie mittels akustischer und visueller Übertragung auf elektronischem Wege erfolgt. Hierzu benötige ich eine geeignete technische Ausstattung, die einen Bildschirm, eine Kamera, ein Mikrofon und einen Lautsprecher umfasst, wobei deren Funktionalitäten auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein können (z.B. in Smartphone, Notebook, Tablet). Die vorgenannte technische Ausstattung muss mir während der gesamten Dauer der Videobehandlung uneingeschränkt zur Verfügung stehen und eine angemessene gegenseitige Kommunikation gewährleisten.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Videobehandlung zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat.

Zu Beginn der Videobehandlung muss auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgen. Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videobehandlung nicht gestattet.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Therapie in diesem Falle möglicherweise nicht fortgesetzt werden kann.

---

Unterschrift des Patienten / der Patientin