

Klinikum Kassel GmbH | Postfach 10 36 67 | 34112 Kassel  
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Direktorin**  
**Dr. med. C. Kleiber**

Ansprechpartner/in:  
Sekretariat

Telefon: 0561 980 - 2553  
Telefax: 0561 980 - 6814

03.08.2020

**Dokumentation der Aufklärung des Versicherten bei Durchführung von  
Behandlungen als Videosprechstunde**

und

**Einverständniserklärung zur Datenerhebung -verarbeitung und –nutzung bei  
Durchführung von Videosprechstunde**

nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur  
Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V

Herr / Frau \_\_\_\_\_  
( Name, Vorname )

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

wird darüber aufgeklärt, dass psychotherapeutische Leistungen als Videosprechstunde erbracht werden können.

Er / sie wird mit diesem Schreiben auch auf die untenstehenden Regelungen zur Durchführung und zum Datenschutz hingewiesen.

Die Behandlung ist ( ) für o.g. Versicherte/n selbst vorgesehen.

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, geb. am )



## Einverständniserklärung zur Datenerhebung -verarbeitung und - nutzung sowie zur Durchführung der Videosprechstunde

Für die Videosprechstunde gelten folgende Regelungen:

- Für die Videosprechstunde wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
  - Da es sich bei der Videosprechstunde um eine Leistung der Krankenkasse handelt, kann diese nicht ohne Offenlegung der Identität des Beratungssuchenden abgehalten werden.
  - Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen.
  - Für die technische Absicherung des für die Videosprechstunde verwendeten Gerätes (aktuelles Betriebssystem, aktuelles Virenschutzprogramm, aktivierte Firewall) ist der / die Versicherte bzw. die behandelte Person selbst verantwortlich. Es wird ausdrücklich drauf hingewiesen, dass Schadprogramme u.U. in der Lage sind, Videoübertragungen aufzuzeichnen und weiterzuleiten.
  - Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
  - Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.
- ( ) Ich wurde heute von der Psychosomatischen Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, des Klinikums Kassel, Mönchebergstr. 41-43, 34125 Kassel, entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag –ÄrzteSGB V) über die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen informiert (s.o. Aufklärung des Versicherten)

Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter Geltung der oben genannten Regelungen ein.

- ( ) Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter Geltung der oben genannten Regelungen ein.  
**Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.**
- ( ) Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videositzungen durch die Psychosomatische Institutsambulanz und den behandelnden Psychotherapeuten / die behandelnde Psychotherapeutin ein.
- ( ) Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch „CLICK-DOC VIDEOSPRECHSTUNDE“ der

CompuGroup Medical Deutschland AG, Maria Trost 21, 56070 Koblenz

erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

**Mir ist bekannt, dass der o.g. Anbieter der Videosprechstunde keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten und die Gesprächsinhalte erhält, insbesondere zeichnet er keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.**

- ( ) Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Behandelte/r