



THERAPIEPRAXIS BIRKENBACH

Langenbieberer Str. 1 – 36145 Hofbieber - Tel. 06657/608599 – www.ergotherapiepraxis-hofbieber.de

Einverständniserklärung und Datenschutzhinweis/- verarbeitung

zur Videobehandlung im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Schlucktherapie im Rahmen der Indikationsgruppe SCZ.

Bitte ausfüllen: Name und Anschrift der Patientin / des Patienten

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

In einer aktuellen Empfehlung der Kassenverbände auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes wird die Abgabe von Heilmitteln im Wege der Telemedizin (Videobehandlung) im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Schlucktherapie im Rahmen der Indikationsgruppe SCZ zugelassen. Die Zulassung erfolgt zum Schutz der Patienten und Therapeuten vor möglichen Ansteckungen aufgrund der Corona-Epidemie. Die Zulassung dieser Behandlungsform ist zunächst für alle Behandlungen, die bis einschließlich dem 31.05.2020 durchgeführt werden befristet. Für den Fall, dass die Therapie bis zum 31.05.2020 nicht abgeschlossen werden kann, erfolgt die Fortsetzung in der gewohnten Form in den Praxisräumen oder im Hausbesuch. Sollte eine Verlängerung der Zulässigkeit der Videobehandlung über den 31.05.2020 hinaus erfolgen, bin ich mit einer Fortsetzung der Videobehandlung bis zum Ende der Zulassungsfrist einverstanden. Mein Widerrufsrecht (siehe unten) bleibt hiervon unberührt.

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 Videotherapie 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, stattfinden hat.

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

Mit der Speicherung meiner Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, etc.; Krankheits- und Rechnungsdaten; Bild- und Audiodaten sowie Verbindungsdaten (ggf. IP-Adresse, Datum der Verbindung, etc.) zur Dokumentation bin ich einverstanden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.

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

Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter