

Einverständniserklärung Tele-Therapie



Ausgangslage

Im Zuge der Pandemie im ersten Halbjahr 2020 führen persönliche und gesetzliche Notwendigkeiten zu einer Einschränkung des Therapieangebots.

Um die Fortführung der Therapie zu gewährleisten haben wir ein Tele-Therapieangebot eingerichtet. Das bedeutet, dass die Therapieeinheit/die Beratung über Telekommunikationsmittel (Handy, Computer oder Tablet) durchgeführt wird. Diese spezielle Form des Therapieangebotes ist in wissenschaftlichen Studien teilweise erprobt, aber bisher in Deutschland nicht flächendeckend im Einsatz.

Die Therapie wird über die Software **sprechstunde.online** durchgeführt.

Die Datenschutzvereinbarung des Anbieters finden Sie hier:
<https://www.sprechstunde.online/datenschutzhinweise/>.

Teilnahme an fernmündlichen Therapieangeboten

Bitte unterschreiben Sie dieses Dokument nur, wenn Sie den folgenden Punkten zustimmen.

- Ich habe das Interesse an dem fernmündlichen Therapieangebot teilzunehmen.
- Ich bin mir bewusst, dass ich dieses Interesse jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen und die fernmündliche Therapie einstellen kann.
- Ich bin mir bewusst, dass ich trotz sorgfältigen Vorbereitungen durch mich und meine*n Therapeut*in an einer wenig erprobten Methode teilnehme.
- Ich erkläre, dass ich meine* Therapeut*in im Falle eines Unwohlseins (z.B. Schwindel, Schmerzen) unverzüglich darüber informiere.
- Ich verstehe, dass die verwendeten technischen Einrichtungen sorgfältig nach Stabilität, Einfachheit und Datenschutz ausgewählt wurden.
- Ich bin mir bewusst, dass es trotz größter Sorgfalt keine 100% Sicherheit meiner Daten gibt. Zum Beispiel können meine Daten durch Beschlüsse von europäischen und US-Amerikanischen Behörden im Falle eines Terrorverdachts eingefordert werden.
- Ich achte bei der Auswahl des Orts meiner Therapieeinheit auf ein geeignetes Umfeld hinsichtlich der Vermeidung von Gefahren (z.B. rutschiger Boden, Möbelstücke, Teppiche, ...)
- Ich habe die Datenschutzvereinbarung des Software-Anbieters gelesen und stimme diesen zu.
- Ich hatte im Rahmen eines Informationsgespräches vor Unterzeichnung dieses Dokuments ausreichend Möglichkeit Fragen zur Tele – Therapie an meine*n Therapeut*in zu stellen und diese zu beantworten.
- Ich bin darüber informiert, dass mir durch die Teilnahme am Angebot der Tele-Therapie keine zusätzlichen Kosten entstehen.
- **Anmerkung:** Bitte starten Sie etwaige Übungen nur, wenn Sie sich in der Lage dazu fühlen.

Mein Einverständnis

Ich bin mir der besonderen Herausforderungen von Tele-Therapieangeboten bewusst und verstehe auch die Risiken in Bezug auf meine persönliche Sicherheit (geeigneter Therapieort) und die Risiken des Datenschutzes (Notwendige Verwendung von Programmen US-amerikanischer Firmen).

Ich möchte das Tele-Therapieangebot nutzen und weiß, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift
------------	-------------------	--------------