



## **Einverständniserklärung**

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

---

*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 31.12.2020 durchgeführt werden befristet. Für den Fall, dass die Therapie bis zum 31.12.2020 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 31.12.2020 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, stattzufinden 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.

**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

### **Datenschutzhinweis und Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Ergänzend zu der allgemeinen Datenschutzverordnung (die Sie bereits unterzeichnet haben), erfordert die Videobehandlung die Verarbeitung folgender Datenkategorien durch unsere Praxis:

- Stammdaten (Name, Anschrift, etc.)
- Krankheitsdaten
- Bild- und Audiodaten
- Verbindungsdaten (ggf. IP-Adresse, Datum der Verbindung, etc.)
- Rechnungsdaten

Die Verarbeitung der Daten erfolgt aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist:

**Logopädie Verena Schwager**  
**Veit-Stoß-Str. 11**  
**80687 München**

Für die Videobehandlungen stimme ich zu, Dienste des Anbieters Whatsapp-Video oder/und Skype oder/und \_\_\_\_\_ zu nutzen. Ihre Daten werden hierbei nur soweit temporär gespeichert, wie dies für die Durchführung der Videobehandlung (Übertragung) erforderlich ist. Soweit es uns möglich ist, gewährleisten wir sowohl die Datensicherheit als auch einen störungsfreien Ablauf der Sitzungen.

Die einzelnen Videobehandlungen werden von uns ausschließlich in geschlossenen Räumen ausgeführt, um Ihre Privatsphäre zu gewährleisten. Alle zum Zeitpunkt der Behandlung anwesenden Personen werden Ihnen benannt. Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Sitzungen für beide Seiten aus Datenschutzgründen nicht gestattet.

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen bei uns zu widerrufen. Dies kann zur Folge haben, dass die Therapie in diesem Falle möglicherweise nicht oder nur in herkömmlicher Form fortgesetzt werden kann.**

Sollten Sie der Meinung sein, dass durch diese Einwilligung Ihre Rechte verletzt werden, haben Sie das Recht, sich bei Ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Die Kontaktadresse lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)  
Promenade 18  
91522 Ansbach

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Datenschutzhinweis zur Kenntnis genommen habe und mit der oben beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden bin.**

\_\_\_\_\_  
*Ort*

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname (Druckbuchstaben)*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter*