

**Einverständniserklärung zur Videosprechstunde**

° Herr      ° Frau	Titel
Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Geburtsdatum	
Mobil	Email

Ich, **erkläre mich einverstanden** mit Herrn Dipl. Psych. Ekkart Martin PP die psychotherapeutische Verhaltenstherapie im Rahmen einer **Videosprechstunde** mit dem Anbieter Deutsche Arzt AG und der APP sprechstunde.online abzuhalten.

Die Teilnahme ist **freiwillig**.

Es ist **nicht erlaubt, Videobehandlungen aufzuzeichnen** – weder von Ihnen noch von mir (Dipl. Psych. Ekkart Martin PP) noch von einem Dritten.

Achten Sie bitte während der Videobehandlung in einem geschlossenen Raum zu sein. Sie sollten für sich ca. 50 Minuten für die Zeit der Behandlung einplanen. Achten Sie darauf, dass Sie nicht gestört werden. Die Beleuchtung sollte so sein, dass Sie gut erkennbar sind.

**Technik:**

Sie benötigen einen PC, Laptop oder größeres Tablet mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher und eine Internetverbindung (2 Mbit) mit der Videoübertragung möglich ist.

Ihr Computer sollte durch ein Virenprogramm geschützt sein.

**Technische Störung:**

- Bei Kontaktabbruch wird zunächst versucht wieder über die Software (sprechstunde.online) einen Kontakt herzustellen. Gelingt dies nicht wird der Kontakt über das Telefon hergestellt.
- Kein Ton oder Bild erneutes Einloggen in das virtuelle Wartezimmer. Gelingt dies nicht wird der Kontakt über das Telefon hergestellt.

Ihnen entstehen dabei **keinerlei zusätzliche Kosten**.

Ich kann mein **Einverständnis** zur Übertragung der Video-Verhaltenstherapie **jederzeit schriftlich widerrufen**.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)