



ErgoAktiv

**Gemeinschaftspraxis
für Ergotherapie
Petra Leidinger – Lena Duhazé**

Uhlandstraße 7
73773 Aichwald
Telefon: 0711-3005122-0
Fax: 0711-3005122-1
E-Mail: info@ergoaktiv-aichwald.de
www.ergoaktiv-aichwald.de

Einverständniserklärung für die Tele-Therapie (Online-Konsultation)

Ausgangslage:

Im Zuge der Corona-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 Therapie über Telekommunikationsmittel (Smartphone, Computer oder Tablet) durchgeführt wird. Diese sind teilweise in wissenschaftlichen Studien erprobt, sind aber bisher in Deutschland nicht flächendeckend im Einsatz gewesen.

Die Therapie wird über die Software [sprechstunde.online](https://www.sprechstunde.online) durchgeführt, die bisher vorwiegend von Ärzten im Zuge der Online-Sprechstunde angewandt wurden. Die Datenschutzvereinbarung des Anbieters finden Sie hier:

<https://www.sprechstunde.online/datenschutzhinweise/>

Sie werden vor Ihrer ersten Online-Behandlung vom Anbieter aufgefordert, diesen Datenschutzbedingungen zuzustimmen.

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 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/n 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 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 Ortes meiner Therapieeinheit auf ein geeignetes Umfeld hinsichtlich der Vermeidung von Gefahren (z.B. rutschiger Boden, Möbelstücke, Teppiche, ...) und der Einhaltung meiner Privatsphäre (z.B. auf Fenster achten, separater Raum)
- Ich habe die Datenschutzvereinbarung des Software-Anbieters gelesen und stimme diesen zu.
- Bitte starten Sie etwaige Übungen nur, wenn Sie sich in der Lage dazu fühlen.

Meine E-Mail-Adresse

Bitte senden Sie mir die Unterlagen zur Online-Therapie sowie die Einladung/ Zugang zur Online-Sprechstunde an folgende E-Mail-Adresse:

E-Mail-Adresse

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.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters