

## Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Video-Sprechstunde

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, die Video-Sprechstunde zu nutzen.

Mir ist bekannt, dass es aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht erlaubt ist, die Sprechstunde aufzuzeichnen oder zu filmen. Verstöße dagegen können strafrechtlich verfolgt werden. Das Gespräch unterliegt wie bei der gewohnten Sprechstunde der Schweigepflicht. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllt. Damit ist sichergestellt, dass eine datenverschlüsselte Videoverbindung aufgebaut wird und niemand anders mithört oder mitsieht.

Vor der geplanten Videosprechstunde wird der entsprechende Link zur Sitzung mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klient\*in/des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klient\*in ab 14 Jahren

Zur Vervollständigung der Daten im Rahmen der Videosprechstunde:

Mobilnummer Klient*in	
eMailadresse / Klient*in	
Bei Minderjährigen: Mobilnummer Eltern	Mutter:  Vater:
eMailadresse Eltern	Mutter:  Vater:
Besonderes:	