

Liebe Patienten,

Auf Grund der Auswirkungen der Corona- Pandemie ist es aktuell möglich, die Therapie im Heilmittelbereich der Logopädie als sog. Teletherapie, also mit Videoübertragung durchzuführen.

Wir sind sehr glücklich darüber, unseren Patienten weiterhin einen sicheren Schutz zu bieten und trotzdem die Therapie weiterführen zu können und Sie so optimal weiter zu betreuen.

Zustimmung der Durchführung von Teletherapie

Hiermit willige ich in die Erbringung von logopädischen Therapieleistungen durch Videobehandlung ein.

Name des Patienten/ des Erziehungsberechtigten: _____

ggf. Name des Kindes: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Mir ist bekannt, dass die Praxis HERZO Logopädie folgendes elektronisches Kommunikationsmittel verwendet: sprechstunde.online

Mir ist bewusst, dass es sich hierbei um einen Drittanbieter handelt, dessen Datenschutzbedingungen gelten. Hierüber werde ich mich informieren und stimme der Nutzung des elektrischen Kommunikationsmittels zu.

Die Praxis garantiert, dass von den Videoübertragungen der so durchgeführten Therapie von unserer Praxis keine Daten digital gespeichert oder veröffentlicht werden. Dennoch unterliegen wir als Heilmittelerbringer einer schriftlichen Dokumentationspflicht. Falls die Therapeutin es für sinnvoll erachtet, Sequenzen der Therapie für die Verlaufsdagnostik zu dokumentieren, wird dies extra vereinbart. Zudem wird sich die Therapeutin zur Datensicherheit und für einen störungsfreien Ablauf, während der Therapie in einem geschlossenen Raum befinden und damit eine angemessenen Privatsphäre für die Teletherapie gewährleisten.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit mündliche, schriftlich oder per Mail für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

