



Psychotherapeutische Praxis

**Stefan Röhring**

Diplom-Psychologe  
Psychologischer Psychotherapeut



Findelwiesenstraße 17  
90478 Nürnberg  
Tel: 0911-47 444 25  
Fax: 0911-96 04 96 4  
E-Mail: [info@praxis-roehring.de](mailto:info@praxis-roehring.de)  
Internet: [www.praxis-roehring.de](http://www.praxis-roehring.de)

## Psychotherapeutische Videositzungen

### Hinweise, Regelungen und Einwilligung

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens und Ihrer Lebensumstände.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch den bzw. die Psychotherapeut\*in durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Psychotherapeutische Videositzungen finden in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Videositzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Videositzung darf von keiner/m Teilnehmer\*in mitgeschnitten oder gespeichert werden.

**Wichtiger Hinweis für Sie:**

Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone, ...) abgesichert ist. Schadprogramme können nämlich Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Die Informationen zur Videosprechstunde habe ich gelesen. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen dazu zu klären. Hiermit willige ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

---

Datum, Unterschrift Patient\*in