
Psychologische Praxis
Dr. Axel Schubert

Hindenburgstr. 35
73760 Ostfildern
Telefon: 0711 – 341 51 60
Fax: 0711 – 900 373 41
E-Mail: praxis@psychologe-schubert.de

Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

E-Mail

Adresse

- dass ich die Informationen zur Videosprechstunde unter <http://www.psychologe-schubert.de/psychotherapie-per-videosprechstunde/> und <http://www.psychologe-schubert.de/videosprechstunde-datenschutz/> gelesen habe.
- dass mir bekannt ist, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig ist und ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Beide Seiten versichern, dass ...

- die Videosprechstunde in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- ausschließlich die beiden kommunizierenden Personen im Raum sind oder alle anderen im Raum befindlichen Personen vorgestellt werden. Dritte werden auf die Schweigepflicht und den Datenschutz hingewiesen.
- jegliche Bild- und/oder Tonaufzeichnungen unterbleiben.

Mir ist bekannt, dass

- für die Videosprechstunde alle datenschutzrechtlichen Bestimmungen wie für den direkten persönlichen Kontakt mit meinem Therapeuten gelten.

Ort/Datum

Unterschrift