**Einwilligungserklärung Videokonferenz**  

Name / Anschrift KlientIn / PatientIn

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass auf meinen ausdrücklichen Wunsch Beratungsgespräche mit der Praxis von **Catrin Salberg-Keller (Hypnose Therapie Coaching)** fernmündlich per Videoschaltung
durchgeführt werden. Ich wurde aufgeklärt, dass ein Videosetting den unmittelbaren, persönlichen therapeutischen Praxiskontakt nicht ersetzt und primär begleitenden und beratenden Charakter hat. Ich bin einverstanden, dass Frau Salberg-Keller aufgrund der Sorgfaltspflicht die übliche unter Verschluss aufzubewahrende Sitzungs- Dokumentation vornimmt.

Ich wurde über den Anbieter der Videoschaltung informiert. Dieser ist Firma Red Medical, die mit ihrem Produkt Red Connect die sichere Videosprechstunde für Berufsgeheimnisträger mit Peer-to-Peer Verschlüsselung (ohne Nutzung eines zentralen Servers) der Konferenzen gewährleistet. Das entsprechende Datenblatt der Firma Red Medical wird mir jederzeit zur Verfügung gestellt.

Trotz höchstem Sicherheitsstandard bin ich aufgeklärt worden, dass Frau Salberg-Keller nicht regresspflichtig gemacht werden kann, falls es aufgrund von etwaigen systemischen Sicherheitslücken zu unbefugtem Informationsfluss durch Dritte kommt. Die strikte Einhaltung der Schweigepflicht der Praxis bleibt hiervon unberührt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift