

Einverständniserklärung für Tele-Therapeutische Behandlung

1. Ausgangslage

Im Zuge der Covid-19-Pandemie im ersten Halbjahr 2020 führen persönliche und gesetzliche Notwendigkeiten zu einer Einschränkung der klassischen Behandlungsform.

Um die Fortführung der therapeutischen Behandlung zu gewährleisten hat

(Name des/der Therapeut*in)

ein Angebot der Tele-Therapeutischen Behandlung eingerichtet. Das bedeutet, dass die Behandlungseinheit über Telekommunikationsmittel (Videotelefonie) bzw. über internetbasierte Übertragung von Wort/Bild Online unter Verwendung hierfür geeigneter Software über die entsprechenden Geräte (Smartphone, Computer oder Tablet) durchgeführt wird. Diese spezielle Form des Behandlungsangebotes welches keine höchstpersönliche Anwesenheit der/des Therapeut*in mit sich bringt, ist in wissenschaftlichen Studien teilweise erprobt, aber bisher in Österreich nicht flächendeckend im Einsatz.

Diese Einverständniserklärung ist Zusatz zu einem bestehenden Behandlungsvertrag (schriftlicher/ mündlicher Behandlungsvertrag zwischen Patient*in und Therapeut*in entsprechend ihren/seinen AGBs für die Behandlung) und ersetzt diese nicht.

Die Tele-Therapeutische Behandlung als Behandlungsform wird unter Verwendung folgender Software

(Bezeichnung der Software einfügen)

durchgeführt. Diese Software ist beim Anbieter

(Name des Anbieters)

(online) beziehbar, mit welchem Sie zwecks Nutzung der Software einen gesonderten Nutzer*innenvertrag abschließen müssten. Die Datenschutzvereinbarung des Anbieters der Software finden Sie im Anhang **(Anhang beifügen)**.

2. Teilnahme an Tele-Therapeutischen Behandlungen

Bitte unterschreiben Sie dieses Dokument nur, wenn Sie allen folgenden Punkten zustimmen.

- Ich habe Interesse, an der Tele-Therapeutischen Behandlung als Behandlungsform teilzunehmen. Meine Einwilligung in diese Form der Behandlung erfolgt freiwillig.
- Ich bin mir bewusst, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mein Einverständnis in die Durchführung der Behandlung als Tele-Therapeutische Behandlung widerrufen und die Behandlung als Tele-Therapeutische Behandlung einstellen kann.
- Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis, dass ich trotz sorgfältigen Vorbereitungen durch mich und die/den behandelnden *n Therapeut*in an einer wenig erprobten Behandlungsform teilnehme.
- Ich habe die Datenschutzvereinbarung des Software-Anbieters

(Name des Anbieters)

gelesen und stimme dieser zu. Ich bin mir bewusst, dass ich die Zustimmung zur gegenständlichen Datenschutzvereinbarung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Als Folge davon kann in Rücksprache mit der/dem Therapeut*in unter Umständen der

Softwareanbieter gewechselt und die Tele-Therapeutische Behandlung fortgeführt werden, falls ich das wünsche.

- Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis, dass die genannte/n Therapeut*innen trotz größter Bemühungen, nicht den (vollständigen) Behandlungserfolg garantieren können. Die Therapeut*innen führen die Behandlung entsprechend der gebotenen beruflichen Sorgfalt durch und erfüllen alle gesetzlichen Berufspflichten – die AGBs Ihrer/Ihres Therapeut*in geben Ihnen darüber Auskunft.
- Ich erkläre, dass ich die/den Therapeut*in im Falle eines Unwohlseins (z.B. Schwindel, Schmerzen) als auch weiterer gesundheitlicher Veränderungen von denen ich annehme, dass sie Auswirkungen auf die therapeutische Behandlung haben, unverzüglich informieren werde.
- Ich starte etwaige Übungen nur, wenn ich mich dazu in der Lage fühle. Sollte dies nicht der Fall sein, kontaktiere ich die/den Therapeut*in um darüber zu informieren. Daraus erwächst mir kein Nachteil bei der Behandlung, vielmehr ist dies eine wichtige Sicherheitsmaßnahme.
- Ich achte bei der Auswahl des Orts meiner Behandlungseinheit auf ein geeignetes Umfeld hinsichtlich der Vermeidung von Gefahren (z.B. rutschiger Boden, Möbelstücke, Teppiche, ...)
- Ich hatte im Rahmen eines Informationsgespräches vor Unterzeichnung dieses Dokuments ausreichend Möglichkeit, Fragen zur Behandlung als Tele-Therapeutische Behandlung an die/den behandelnde/n Therapeut*in zu stellen und zu beantworten.
- Ich bin darüber informiert, dass für die Behandlung in Form einer Tele-Therapeutischen Behandlung neben dem vereinbarten Behandlungshonorar keine weiteren Kosten durch die/den Therapeut*in an mich verrechnet werden. Es wird dabei das übliche Behandlungshonorar (in den AGBs der/des Therapeut*in genannt) durch die/den Therapeut*in verrechnet.

3. Mein Einverständnis

Ich bin mir der besonderen Herausforderungen von Tele-Therapeutischer Behandlung bewusst und verstehe auch die Risiken in Bezug auf den dementsprechend geeignet zu wählenden Therapieort zwecks meiner persönlichen Sicherheit.

In Bezug auf die Risiken für meine Gesundheitsdaten und den Datenschutz ist mir bekannt, dass bei Teletherapeutischen Behandlungen in Österreich durch den Software-Anbieter der Datenschutz entsprechend der DSGVO zu gewährleisten ist und dabei Berücksichtigung findet, dass Gesundheitsdaten (wie u.a. die übertragenen Behandlungsinformationen) besonders schützenswerte Datenkategorien entsprechend der DSGVO darstellen.

Diesbezüglich kenne ich die Datenschutzerklärung des verwendeten Software-Anbieters

(Name eintragen)

und stimme dieser zu. Sollte es dennoch aus Gründen die in der vertraglichen bzw. gesetzlichen (DSGVO) Verantwortung des Software-Anbieters liegen zu Verletzungen des Datenschutzes (wie z.B. Datenverlust, Datenmissbrauch) kommen, ist der Software-Anbieter hierfür entsprechend verantwortlich.

Ich möchte das Angebot der Tele-Therapeutischen Behandlung nutzen und weiß, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann (siehe dazu den angegebenen Kontakt)

Ort, Datum	Vor- und Nachname, Geburtsdatum!	Unterschrift Patient*in bzw. gesetzliche Vertretung

Kontakt Therapeut*in

Bitte geben Sie hier Ihre Kontaktdaten an:

Integrative Teile – Anlagen - zum Dokument

(Anfügen)

Bitte kopieren Sie hier die Datenschutzvereinbarung des Softwareanbieters ein – mit der Versionsangabe und Datum zum Stand der Datenschutzvereinbarung.