

Einwilligungserklärung Videotherapie Tele-/Online-Angebot– Datenschutz

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

ausreichend über den Ablauf des Tele/- Online Angebots sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Zoom Videotherapie freiwillig und die Nutzung der Zoom Software für mich unentgeltlich ist. Die Zoom App muss auf einem Endgerät (PC, Tablet o.ä.) installiert werden.

Ich versichere, dass

- die Videotherapie zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet, so dass die Privatsphäre gewährleistet ist.
- zu Beginn der Videotherapie die Vorstellung aller im virtuellen Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videotherapie unterbleiben.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Zoom App vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung personenbezogener Daten der Teilnehmer*innen erfolgt.
- die Dokumentation der Videotherapie mit Hilfe eines Screenshots der Zoom- Sitzung erfolgt und ggf. als Nachweis genutzt wird.
- der Therapeut zu Beginn der Übungseinheit Sicherheitshinweise zur Durchführung der gymnastischen Übungen (Sturzprävention u.a.) gibt. Um Stürze zu vermeiden, werden entsprechende Übungsoptionen (z.B. für Stuhl/ Hocker) angegeben.
- die Übungsanleitung in Form eines „synchronen Unterrichts“ erfolgt, die Übungen werden erklärt und angeleitet. Der Therapeut greift darüber hinaus ggf. korrigierend ein.

Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Ihnen und uns im Rahmen des Tele-/ Online Angebots analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Reha-Klinik Lüdenscheid. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine schriftliche Mitteilung an die Reha-Klinik Lüdenscheid (z.B. per Mail) notwendig.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videotherapie.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kunden)