

Patient: \_\_\_\_\_

Chiffre: \_\_\_\_\_

In Behandlung seit \_\_\_\_\_

Behandelnde\*r Therapeut\*in: \_\_\_\_\_

GfVT Gesellschaft für  
Verhaltenstherapie  
und -medizin mbH  
Große Seite 14  
31174 Schellerten

☎ +49-5123-2466  
Fax +49-5123-2488

e-mail: info@gfvt.de

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Anfertigung und Videoaufzeichnungen**

Bei erwachsenen und einsichtsfähigen minderjährigen Patienten

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Straße Nr. PLZ Ort

erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass mein\*e behandelnde\*r

Therapeut\*in, Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

Videoaufzeichnung von meiner Person im Rahmen der Psychotherapiesitzungen zum Zwecke der Unterstützung seiner/ihrer Ausbildung zur\*m Psychologischen Psychotherapeuten\*in oder zur\*m Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten\*in anfertigen darf.

Die dazugehörige Patienteninformation einschließlich Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

Diese Einverständniserklärung gebe ich freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen. Mir ist bewusst, dass angefertigte Videoaufzeichnungen trotz eines Widerrufs dieser Einverständniserklärung nicht gelöscht werden dürfen und 10 Jahre nach Therapieende archiviert werden müssen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in