

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 minderjährigen, nicht einsichtsfähigen Patienten

Erste*r Sorgeberechtigte*r:

Ich besitze das alleinige Sorgerecht

_____, geb. am _____
Vorname, Nachname

wohnhaft in _____

Zweite*r Sorgeberechtigte*r:

_____, geb. am _____
Vorname, Nachname

wohnhaft in _____
Straße Nr. PLZ Ort

Erklärung:

Wir erklären uns ausdrücklich damit einverstanden, dass der*die behandelnde

Therapeut*in, Frau/Herr _____
Vorname, Nachname

Videoaufzeichnungen unseres Kindes _____
Vorname, Nachname

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 haben wir gelesen, verstanden und akzeptiert.

Diese Einverständniserklärung geben wir freiwillig und wir können sie jederzeit widerrufen. Es genügt, wenn ein Sorgeberechtigter sie widerruft.

Uns 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 erste*r Sorgeberechtigte*r

Ort, Datum

Unterschrift zweite*r Sorgeberechtigte*r