



**Privatpraxis für Psychotherapie, Beratung,  
Paarberatung & Coaching**

**Sarah Julia Kallwitz**

M.Sc. Psychologie

Approbierte Psychologische Psychotherapeutin

(tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapie)

Bitte informieren Sie sich auf den folgenden Seiten zum Ablauf, Rahmenbedingungen und den Kosten einer in meiner Praxis in Anspruch genommenen **psychotherapeutischen Behandlung, die Ihnen über den Therapeutenverbund vermittelt wurde.** Über die Erstattungsmöglichkeiten durch private Krankenversicherung/ Beihilfe und Ihre Selbstzahlungsoptionen informiere ich Sie ausführlich auf meiner Homepage ([www.psychotherapie-kallwitz.de](http://www.psychotherapie-kallwitz.de)). Eine Einwilligung Ihrerseits in die nachstehende Honorar- und Ausfallvereinbarung ist vor Aufnahme einer Behandlung erforderlich, auch dann, wenn die Übernahme/Bewilligung durch einen Kostenträger bereits vorliegt. Ich biete in meiner Praxis Psychotherapie sowohl in Präsenz als auch -wenn therapeutisch nichts dagegen spricht- videogestützt an. Zuweilen kommt es vor, wenn Sie dies z.B. bei Terminkonflikten wünschen, dass wir in einer laufenden Behandlung, die als Präsenztherapie durchgeführt wird, einzelne Sitzungen videogestützt durchführen. Daher benötige ich vorab Ihre Einwilligungen zur Durchführung einer Online-Behandlung auch dann, wenn die Therapie in Präsenz vorgesehen ist. Informationen zum Datenschutz, deren Verarbeitung, zur elektronischen Kommunikation und zur Durchführung mittels des KV-zertifizierten Videochats von Tymia einschließlich der entsprechenden Einwilligungen, um die ich Sie bitten würde, lassen sich ebenso auf den folgenden Seiten finden. Zu guter Letzt steht Ihnen die Möglichkeit offen, wenn Sie dies wünschen, mich gegenüber Ihrem Hausarzt,-ärztin/ Facharzt,-ärztin/ EhepartnerIn/Eltern o.a. von der Schweigepflicht zu entbinden (optional: Schweigepflichtsentbindung).

Im Rahmen der ersten probatorischen Sitzungen werden wir im persönlichen Gespräch auf Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der geplanten Behandlung, ihre Notwendigkeit und Dringlichkeit, aber auch auf die Eignung sowie Erfolgsaussichten (Prognose) der geplanten Maßnahmen im Hinblick auf die festgestellte(n) Diagnose(n) näher eingehen und wir werden gemeinsam erörtern, inwiefern eine (Online-) Behandlung/ Psychotherapie/Beratung das Mittel der Wahl zur Erreichung der gemeinsam festgelegten Behandlungsziele ist. Für den Fall, dass ein alternatives psychotherapeutisches Behandlungsverfahren besser geeignet erscheint, eine gänzlich andere Behandlungsform wie eine medikamentöse Behandlung einen schnelleren/ größeren Behandlungserfolg versprechen oder mit weniger Belastung verbunden sein sollte, werde ich Sie selbstverständlich zu diesen alternativen Behandlungsmöglichkeiten beraten.

Die probatorischen Sitzungen dienen neben der Klärung der Rahmenbedingungen aber vor allem dazu, den wichtigsten Wirkfaktor von Psychotherapie auszuloten – die therapeutische Beziehung!

Bitte lassen Sie mir nach Kenntnisnahme und vor Aufnahme/Beantragung der Behandlung **alle Seiten** dieses Informations- und Einwilligungswerks **mit Ihren Unterschriften als pdf-Datei** an [kontakt@psychotherapie-kallwitz.de](mailto:kontakt@psychotherapie-kallwitz.de) zukommen. Besten Dank!

Ich freue mich, auf die Zeit mit Ihnen!

S. J. Kallwitz

## **Behandlungsvertrag für psychotherapeutische Behandlungen nach § 2 GOÄ über psychotherapeutische Leistungen**

► Zwischen (Name PatientIn)

---

und (Name Therapeutin) Frau Sarah Julia Kallwitz

wird folgender Vertrag geschlossen:

Die psychotherapeutische Behandlung wird als tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapie

- o im Einzelsetting in Präsenz
- o im Einzelsetting überwiegend videogestützt
- o als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie oder ausschl. im Gruppensetting

durchgeführt.

Die behandlungsbedürftigen Störung(en) bzw. Diagnose(n), um die es in der Behandlung gehen wird, wird/werden gegebenenfalls auch der Krankenversicherung (bzw. dem Kostenträger) im Rahmen der Antragsstellung und der Abrechnung mitgeteilt.

### ***Abrechnung/Honorar-Vereinbarung:***

Manche Krankenversicherungen erstatten nur einen Teil der Kosten bzw. nur eine bestimmte Anzahl von Therapiesitzungen. Der Patient/die Patientin muss sich deshalb über die speziellen Versicherungsbedingungen der zuständigen Privatkasse und seinen individuellen Leistungsumfang erkundigen. Mit seiner Unterschrift bestätigt der/die PatientIn, dass er/sie auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation und seine Zahlungsverpflichtungen (in voller Höhe gemäß Rechnungslegung unabhängig von der Ersattung durch Dritte) gegenüber der Psychotherapeutin hingewiesen wurde. Dies gilt auch für Leistungen, die über gesetzliche Krankenversicherungen gem. §13 Abs. 2 SGB V bzw. § 13 Abs. 3 SGB V (Kostenerstattung bei Privatbehandlung) in Anspruch genommen werden.

Das Honorar richtet sich bei Privatversicherten, Selbstzahlern wie auch gesetzlich Versicherten im Kostenerstattungsverfahren nach den in der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) festgelegten Sätzen und nach den Abrechnungsempfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer (gültig seit 1. Juli 2024).

Die Gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen von Bund und Ländern ermöglichen die Abrechnung telemedizinisch erbrachter Leistungen im Rahmen der Behandlung von psychischen Erkrankungen (gültig ab 1. Januar 2022, weitere Informationen: <https://psychotherapie-kallwitz.de>)

Alle anfallenden Leistungen werden entsprechend ihrer Schwierigkeit/ Komplexität/ ihres Zeitaufwandes innerhalb des Gebührenrahmens nach § 5 GOÄ/ GOP berechnet. Die zulässigen Sätze werden durch den Therapeutenverbund gedeckelt; die Rechnungsstellung erfolgt über den Therapeutenverbund an Sie.

Ich unterstütze Sie jederzeit gerne dabei, Ihre Ansprüche gegenüber Kostenträgern geltend zu machen (z.B. im Rahmen der Antragsstellung) und bin stets bemüht, Zuzahlungen von Differenzbeträgen durch Sie so gering wie möglich zu halten oder -wenn möglich- zu vermeiden.

Beispielhaft beträgt das Honorar pro 50- minütiger Sitzung nach der GOP-Analogziffer A812 – Psychotherapeutische Kurzzeittherapie – 134,06 € (50 min, 2,3-facher Satz). Hinzu kommt das Honorar für den psychischen Befund mit 33,52 € (GOP A801 – Erhebung des aktuellen psychischen Befundes (2,3-facher Satz). Für hierüber hinaus erbrachte Leistungen (z.B. Diagnostik) gelten ebenfalls die in der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) festgelegten Sätze.

### ***Stundenausfallregelung:***

Bei psychotherapeutischen Praxen handelt es sich um Bestellpraxen: Für eine psychotherapeutische Behandlung werden die Zeiten für die notwendigen (und bewilligten) Psychotherapiestunden fest vereinbart. Diese Termine werden somit verbindlich für Sie reserviert und es entstehen keine Wartezeiten. Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich um rechtzeitige Absage 48 Stunden vorher. Bei Montagsterminen gilt diese Zeitspanne zuzüglich Samstag und Sonntag. Da ein Terminausfall nicht von Kostenträgern bezahlt wird, können nicht rechtzeitig innerhalb dieser Frist abgesagte oder gänzlich versäumte Therapiesitzungen, für die kein anderer Patient/keine andere Patientin einbestellt werden kann, unabhängig vom Grund der Verhinderung, also auch bei Krankheit, privat in Rechnung gestellt werden.

Das Ausfallhonorar richtet sich nach dem mit dem Therapeutenverbund hierfür vereinbarten Honorar und beträgt 85 Euro.

Auf eine Berechnung des Ausfallhonorars wird nur dann verzichtet, wenn innerhalb der Woche vor dem nächsten regulären Termin ein Ersatztermin vereinbart werden oder wenn der Termin kurzfristig an eine andere Patientin/ einen anderen Patienten vergeben werden konnte.

Das Recht der Patientin oder des Patienten auf eine außerordentliche fristlose Kündigung des Therapievertrages und damit die Beendigung des therapeutischen Arbeitsverhältnisses ist davon unberührt. Im Falle einer fristlosen Kündigung des Therapievertrages ist ein solches Ausfallhonorar für nachfolgende Termine nicht zu zahlen.

Ich habe von dieser Regelung wie auch obiger Honorarvereinbarung Kenntnis genommen und erkläre mich durch meine Unterschrift unter dem Behandlungsvertrag (S. 5) damit einverstanden.

### ***Antragsstellung:***

Die Antragsstellung für die eigentliche Behandlung nach den vorbereitenden (probatorischen) Sitzungen ist je nach individuellem Vertrag mit der Krankenversicherung unterschiedlich und muss Ihrerseits erfragt/nachgelesen und dann der/dem PsychotherapeutIn mitgeteilt werden. Es gibt auch Verträge mit einer festen Anzahl von jährlichen Psychotherapiesitzungen ohne jegliche Antrags- und Genehmigungspflicht.

Sollte die Psychotherapie antragspflichtig sein, sind die Antragsunterlagen für den Antrag auf Psychotherapie vom Patienten/von der Patientin bei der Krankenversicherung oder Beihilfestelle anzufordern. Das Vorgehen bei Beantragung einer Psychotherapie sowie die Frage der Kostenübernahme muss mit diesen Stellen vom Patienten/von der Patientin vorab geklärt werden. Sie finden auf meiner Homepage zu Ihrer Unterstützung hierbei eine Checkliste. Sollte es zwei Kostenträger geben: In der Regel erkennen die Versicherungen die Bewilligung der Beihilfe an. Die erforderlichen Unterlagen sollten dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin zeitnah übergeben werden. Die Formulare dazu befinden sich in den Unterlagen, die auf Antrag von der Versicherung oder Beihilfe zugeschickt werden. In diesen Unterlagen findet sich auch das Formular für den Konsiliarbericht. Dieser muss von einem Arzt/einer Ärztin ausgefüllt und unterschrieben werden und zusammen mit den anderen für den Psychotherapeuten/die Psychotherapeutin bestimmten Unterlagen eingereicht werden. Eine Antragsstellung ist erst möglich, wenn alle Unterlagen vollständig ausgefüllt sind.

#### **► Bitte ankreuzen:**

- ☐ Ich trage die Kosten der Therapie selbst (Selbstzahler).
- ☐ Ich verfüge über eine private Krankenversicherung ☐ mit Beihilfeanspruch ☐ ohne Beihilfeanspruch.
- ☐ Ich verfüge über freie Heilfürsorge.

Der Wechsel der Krankenversicherung während der laufenden Behandlung muss zeitnah mitgeteilt werden, damit die Behandlung möglichst ohne Probleme und großen Aufwand weiter mit dem neuen Kostenträger abgerechnet werden kann. Der Wechsel kann jedoch auch zum Verlust bereits bewilligter Sitzungen führen.

### ***Therapiebeginn:***

Die Therapie kann beginnen, wenn die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung geklärt und/oder bei der Beihilfe bewilligt ist. Sitzungen, die auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten/der Patientin vor der Bewilligung stattfinden, müssen ggf., sollte die Beihilfe oder die Versicherung den Antrag auf Psychotherapie ablehnen, dennoch vom Patienten/der Patientin vergütet werden. Dies gilt aber nicht für probatorische Sitzungen, die unabhängig von einer Bewilligung den Versicherungen in Rechnung gestellt werden können.

### ***Sitzungsdauer und Frequenz:***

Eine Therapiesitzung umfasst 50 Minuten und findet in der Regel einmal wöchentlich statt. Die Frequenz kann aus fachlichen Gründen während der Therapie modifiziert werden. Hierüber informiert die Therapeutin/der Therapeut die Patientin/den Patienten.

### ***Wirkung und Nebenwirkung:***

Bei psychotherapeutischen Behandlungen bestehen erfahrungsgemäß und bestätigt durch wissenschaftliche Untersuchungen gute Besserungsaussichten. Dennoch ist es im Einzelfall möglich, dass eine Psychotherapie nicht den gewünschten Erfolg hat. Sollten Zweifel an der Art der Behandlung oder an den Erfolgsaussichten aufkommen, sollten diese unbedingt angesprochen werden. Nur so kann auf Bedenken eingegangen und diese in der Behandlung berücksichtigt werden. Wenn der Eindruck entsteht, dass der Zustand sich während der Therapie verschlechtert, sollte umgehend darüber gesprochen, nach Ursachen gesucht und weitere oder andere therapeutische Möglichkeiten geprüft werden. Gegebenenfalls kann zusätzlich eine (z.B. antidepressive) Medikation nötig sein.

Änderungen des Gesundheitszustandes, Arztbesuche, Einnahme von Medikamenten insbesondere von Psychopharmaka und Veränderungen in der Medikation müssen möglichst zeitnah mitgeteilt werden.

### ***Rechtlicher Rahmen:***

Die Behandlung wird nach den rechtlichen Grundlagen des Patientenrechtegesetzes (BGB §§ 630 ff.) im Rahmen der privaten Krankenversicherung (PKV) durchgeführt. Weiterhin definiert die Berufsordnung für Psychotherapeut\*innen ethische und formale Rahmenbedingungen der Behandlung.

Die Unterlagen über die Therapie müssen zehn Jahre aufbewahrt werden, sind von Dritten aber nicht einsehbar. Die DSGVO sieht eine Zweckbindung der Daten vor. Dies bedeutet, dass die Daten gelöscht werden, wenn der Abrechnungszweck und der Aufbewahrungszweck nach Berufsordnungsgesichtspunkten erfüllt sind.

Selbstverständlich besteht für den Psychotherapeuten/die Psychotherapeutin Schweigepflicht. Diese Schweigepflicht gilt auch über den Tod hinaus. Für die Weitergabe von Informationen an Außenstehende ist die schriftliche Einwilligung des Patienten/der Patientin notwendig (Schweigepflichtsentbindung, optional und nachfolgend).

Über weitere Inhalte und Bedingungen der psychotherapeutischen Behandlung erfolgte im Rahmen der probatorischen Sitzungen eine ausführliche mündliche Aufklärung. Alle Fragen des Patienten/der Patientin wurden beantwortet.

**Hiermit wird erklärt, dass über die beabsichtigte Therapie ausführlich informiert wurde, der Patient/die Patientin mit den obenstehenden Regelungen einverstanden ist und die Therapie beginnen möchte.**



---

Ort, Datum

---

Unterschrift PatientIn

---

Ort, Datum

---

Unterschrift TherapeutIn

### **Patient\*innen-Information zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

#### **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Psychotherapie Kallwitz, Online-Privatpraxis für Psychotherapie, Beratung, Paarberatung & Coaching  
Sarah Julia Kallwitz-Nostadt

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort): Beethovenstr.10, 50674 Köln

Kontakt Daten (z.B. Telefon, E-Mail): 0049 178 907 8556, kontakt@psychotherapie-kallwitz.de

#### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzt\*innen oder Psychotherapeut\*innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt\*innen oder Psychotherapeut\*innen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### **3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger\*innen Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger\*innen.

### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### **5. Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten.

Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und

Informationsfreiheit Nordrhein Westfalen

Kavalleriestr. 2-4

40213 Düsseldorf

Telefon 0211/38424-0

Telefax 0211/38424-10

Email [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

Internet [www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de)

### **6. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von PatientInnen Daten

► Ich

\_\_\_\_\_

Vorname, Name

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis Psychotherapie Kallwitz meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt (obenstehend), zu dem ich auch Rückfragen stellen konnte über den Umfang und die Art meiner Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung und über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

( ) Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

( ) Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu Kommunikationszwecken mit der Praxis zu.

( ) Ich willige ein, dass mir sämtliche Informationen, auch personenbezogene Daten im Sinne der EU-Datenschutzverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) an meine nachfolgende E-Mail-Adresse übersandt werden.

► \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Ich versichere, auf diese E-Mail-Adresse ungehindert vollen Zugriff zu haben. Ich werde unverzüglich darüber informieren, falls sich dies ändert oder ich eine andere Adresse nutzen sollte. Bitte achten Sie darauf, keinen Dritten Zugriff auf Ihre E-Mails zu gewähren. Daher sollten Sie insbesondere keine E-Mail-Adresse verwenden, die vom Mailserver Ihres Arbeitgebers empfangen wird oder die Sie gemeinsam mit anderen, etwa Familienmitgliedern gemeinsam benutzen. Ihnen ist bekannt, dass zwar der Versand an den Mailserver verschlüsselt erfolgt („Transportverschlüsselung“), der Inhalt der E-Mails jedoch grundsätzlich unverschlüsselt ist und mit der Datenübertragung über das Internet erhebliche Sicherheitsrisiken verbunden sind und daher nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich andere Personen Zugriff auf den Inhalt unverschlüsselter E-Mails verschaffen. Der elektronische Kommunikationsweg dient in meiner Praxis hauptsächlich der Terminvereinbarung und hiermit verbundener Absprachen sowie der Übermittlung der Zugangsdaten zum datenschutzkonformen Videochat. Widerrufsrecht: Sie können Ihre erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

► \_\_\_\_\_

Ort, Datum

► \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. der/des gesetzlichen Vertreters/In

# **Einwilligungserklärung zur Teilnahme an psychotherapeutischen Videosprechstunden**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

In einer Videosprechstunde läuft das therapeutische Gespräch ähnlich ab wie in der Praxis. Sie befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in eine Praxis kommen müssten.

Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter (Tymia), der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin besprechen, auch vertraulich bleibt. Vor der ersten Videosprechstunde werden Sie auch über Fragen des Datenschutzes aufgeklärt. Ihnen wird zudem erläutert, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videosprechstunde achten sollten, z.B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung (bitte informieren Sie sich hierzu ebenfalls auf den nachfolgenden Seiten).

## **Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:**

Für die Nutzung des Videochats benötigen Sie einen handelsüblichen Computer/ Tablet oder ein Mobilgerät mit Display, Webcam und Mikrofon sowie eine möglichst stabile Internetverbindung. Entsprechend der Terminabsprache mit Ihrem Psychotherapeuten erhalten Sie eine E-Mail mit einem Link zum Videochat sowie einem TAN-Code. Nachdem Sie auf den Link geklickt haben, leitet Ihr Internet-Browser Sie zu einer Webseite, auf der Sie in das betreffende Feld Ihren TAN-Code eingeben. Daraufhin werden Sie in den Wartebereich weitergeleitet. Sobald Ihr Psychotherapeut ebenfalls eingewählt ist, kann der Videochat gestartet werden durch Klick auf den Button „Videochat starten“. Der Videochat kann jederzeit beendet werden durch Klicken auf das rote Hörer-Symbol am unteren Bildschirmrand. Für die Nutzung des Videochats von Tymia benötigen Sie keinen Nutzeraccount. Tymia ist für Sie als PatientIn kostenlos.

## **Datensicherheit:**

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens drei Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und Ihrer Psychotherapeutin ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.
- Der Videochat von Tymia ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zertifiziert. Die Videochat-Verbindung ist Ende-zu-Ende verschlüsselt. Tymia wird auf sicheren Servern der Telekom in Deutschland gehostet.

## Einwilligungserklärung – Datenschutz Videosprechstunde

**Hiermit erkläre ich,**



\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

dass ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt wurde. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der Software für mich unentgeltlich ist.

**Ich versichere, dass**

die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in einem geschlossenen Raum und ruhiger Umgebung stattfindet, zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt, Bild- und /oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben, etwaig anwesende Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden sowie dass die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde bei mir vorliegen.

**Ich bin einverstanden, dass**

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die betreuende Psychotherapeutin zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen TherapeutIn und PatientIn im Rahmen der Videosprechstunde analog zum unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meine Psychotherapeutin ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich meine Einwilligung erteile und mir die Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde zur Kenntnis gegeben wurden.



\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift PatientIn bzw. gesetzliche/r VertreterIn)

## Start einer Online-Therapie – Wichtige Hinweise für PatientInnen

Für Therapiesitzungen ist es wichtig, auf die physische und emotionale Gestaltung des Raumes zu achten, um Vertrauen, Stabilität und Aufgehobensein sicherzustellen. Bei der Online-Therapie sind TherapeutInnen und PatientInnen gemeinsam für eine optimale Therapieumgebung verantwortlich. Nutzen Sie die Möglichkeit, dieses Thema mit Ihrer Therapeutin zu besprechen.

### *Schaffung eines therapeutischen Rahmens*

Wenn Sie in eine psychotherapeutische Praxis kommen, ist bereits viel getan, um eine stabile und konsistente Umgebung zu jedem Zeitpunkt sicherzustellen. Das beinhaltet auch die Schaffung eines sicheren Raumes, in dem Therapie stattfinden kann. Bei der Online-Therapie muss dies zu Hause bzw. in einer anderen Umgebung erschaffen werden. Versuchen Sie, sich auf einen festen Platz für jede Sitzung einzulassen. Einige PatientInnen bevorzugen zum Beispiel ein bestimmtes Sofa oder einen anderen Platz, den sie für jede Sitzung nutzen.

### *Sicherheit und Datenschutz*

Therapiesitzungen erfordern Privatsphäre und Diskretion. Ohne diesen Rahmen ist es schwer, sich so sicher zu fühlen, um bereit zu sein, sich wichtige und mitunter belastende Themen anzuschauen. Finden Sie einen Ort, an dem Sie bequem und frei sprechen können – wählen Sie eine Zeit, zu der Sie alleine sind.

- Überlegen Sie sich, was Sie brauchen, um sich aufgehoben zu fühlen.
- Schalten Sie Geräte aus, die automatisch auf gesprochenes Wort reagieren (z.B. Alexa).
- Führen Sie keine Therapiegespräche in der Öffentlichkeit.
- Vermeiden Sie Orte, an denen jederzeit jemand in den Raum treten könnte.
- Vermeiden Sie es, im Auto zu sprechen, da Sie das von der Fahrt ablenken könnte.

### *Ablenkungen*

In jedem Haus gibt es eine Reihe von Dingen, die dem Komfort dienen und/oder uns ablenken. Dazu könnten Lebensmittel gehören, im Sommer z.B. ein kaltes Bier oder auch die Zigarettensackung oder Tiere, die bellen oder auf anderem Weg unsere Aufmerksamkeit auf sich lenken.

Das Therapieumfeld sollte jedoch nicht so entspannend sein, dass es Ihre Fähigkeit reduziert, sich auch auf (manchmal) schwierige Gesprächsinhalte einzulassen. Versuchen Sie, ein gutes Gleichgewicht zwischen Wohlfühlen und sich zu sehr entspannt fühlen, zu finden.

- Während der Therapiesitzung: nicht essen oder Alkohol konsumieren.
- Kein Alkohol / keine dämpfenden Medikamente vor einer Sitzung zu sich nehmen.
- Versuchen Sie, Hintergrundgeräusche zu minimieren, Kopfhörer können dabei hilfreich sein.

### *Mobilität versus Mobiltelefon*

Es ist sehr schwierig, sich auf eine Therapiesitzung zu konzentrieren, wenn Sie dabei auf einen sehr kleinen mobilen Bildschirm schauen. Zwar ist es mit einem Mobiltelefon sehr einfach möglich, online zu gehen, jedoch ist unser Telefon auch mit vielen anderen Aspekten unseres Lebens

verbunden – es erinnert uns oft an die Außenwelt durch Mitteilungen oder Signale. Zudem bewegt sich oder schlingert der Bildschirm, wenn wir das Mobiltelefon in der Hand halten und uns bewegen.

- Nutzen Sie einen Computer oder Laptop mit einer starken Internet-Verbindung.
- Nutzen Sie Laptop oder Tablet und stellen Sie diese auf eine feste Unterlage.
- Falls Sie nur Ihr Mobiltelefon nutzen können: Schalten Sie alle Benachrichtigungssignale aus und platzieren Sie das Telefon auf einer festen Unterlage.
- Schließen Sie bei Ihrem Übermittlungsgerät alle Programme, die mit der Therapie nicht in Verbindung stehen und Sie ablenken könnten.



**Privatpraxis für Psychotherapie, Beratung,  
Paarberatung & Coaching**

**Sarah Julia Kallwitz**

M.Sc. Psychologie

Approbierte Psychologische Psychotherapeutin

(tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapie)

**Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

► Hiermit **entbinde ich**, ....., (Name, Vorname)

► geb. am ..... (Geburtsdatum)

wohnhaft ► in .....

(Straße, Hausnummer, PLZ und Ort)

**meine behandelnde Therapeutin Sarah Julia Kallwitz**

und

**mein/e BehandlerIn / die Institution / andere Person:**

► Name: .....

► Anschrift: .....

► Telefonnummer: .....

► E-Mail:.....

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zum Zwecke des gegenseitigen Austausches über die bei mir durchgeführten Behandlungen. Folgende Einschränkungen bitte ich dabei zu berücksichtigen:

► .....  
.....  
.....

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

► \_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

► \_\_\_\_\_  
*Unterschrift PatientIn bzw. gesetzliche/r VertreterIn*