

### Einverständniserklärung

---

**Bitte bringen Sie diese Einverständniserklärung von allen sorgeberechtigten Personen unterschrieben zum ersten Termin mit.**

Ohne das Einverständnis aller sorgeberechtigten Personen darf ich ihr Kind (**unter 15 Jahre**) nicht kennen lernen.

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir

Mutter \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Name Vorname

Vater \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Name Vorname

ggf. weitere sorgeberechtigte Person

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Name Vorname

uns einverstanden, dass mein/unser/das Kind

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr. PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Name des Kinder-/Hausarztes

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Traumatherapie - Tobias Brauer  
*vorgestellt und diagnostiziert* und bei gegebener Notwendigkeit psychotherapeutisch *behandelt*  
werden darf.

### Sorgerecht

---

Das Sorgerecht liegt  gemeinsam  alleinig  
bei  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Mit meiner/unseren Unterschrift/en erkläre/n ich/wir, die Richtigkeit der Angaben bezüglich des Sorgerechts. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir umgehend mit.

### Einwilligung zu Videoaufzeichnungen

---

Zur Diagnostik und bei bestimmten therapeutischen Interventionen können Videoaufzeichnungen notwendig sein. Die Videoaufzeichnungen unterliegen, wie jedes Behandlungsdokument, der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzvorschriften. Videoaufzeichnungen werden nur nach vorheriger Ankündigung angefertigt. Die Videoaufzeichnungen werden gelöscht, wenn sie nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch am Ende der Behandlung. Eine Löschung kann ebenfalls auf Ihr Verlangen erfolgen.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns mit einer Videoaufzeichnung einverstanden.

## Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns mit einer Videoaufzeichnung einverstanden. Einwilligung zur Videosprechstunde

---

Ich/wir erkläre/n

- dass ich/wir von Herrn Tobias Brauer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde/n (*Aufklärung zur Videosprechstunde*).
- dass ich/wir in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner/unserer Daten im Rahmen der Videosprechstunde durch Tobias Brauer einwillige.
- dass Daten (Chiffre, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Epikur Software & IT-Service GmbH & Co. KG (Helmholtzstr. 2-9; 10587 Berlin) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. - Hinweis: Epikur hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns mit einer Videosprechstunde einverstanden.

### Einwilligungserklärung

---

Ich/Wir bestätige/n folgende Unterlagen erhalten zu haben  
(siehe [www.psychotherapiebrauer.de/anmeldung](http://www.psychotherapiebrauer.de/anmeldung))

- *Praxisinformation* der Praxis für Psychotherapie - Tobias Brauer
- *Ambulante Psychotherapie in der gesetzliche Krankenversicherung (PTV10)*

Die dort genannten Regelungen habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und stimme/n diesen (insbes. **Schweigepflicht, Terminabsage, Ausfallhonorar, Videoaufzeichnung, Videosprechstunde, Allgemeine Aufklärung, Datenschutz** sowie **Einwilligung bezüglich des Ausfalls des Therapeuten**) zu.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter Vater

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ggf. weitere sorgeberechtigte Person

Ich erkläre mich einverstanden mit der Praxis für Psychotherapie – Tobias Brauer per

E-Mail (Mailadresse \_\_\_\_\_)

WhatsApp (Rufnummer \_\_\_\_\_)

zu kommunizieren.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift