



EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG FÜR DIE TELE-THERAPIE

Im Zuge der Pandemie im ersten Halbjahr 2020 führen persönliche und gesetzliche Notwendigkeiten zu einer Einschränkung des Therapieangebots.

Um die Fortführung der Therapie zu gewährleisten habe ich ein Tele-Therapieangebot eingerichtet. Das bedeutet, dass die Therapie über Telekommunikationsmittel (Handy, Computer oder Tablet) durchgeführt wird. Diese sind teilweise in wissenschaftlichen Studien erprobt, sind aber bisher in Österreich nicht flächendeckend im Einsatz gewesen.

Die Therapie wird über die Software ZOOM durchgeführt. Die Datenschutzvereinbarung des Anbieters finden Sie hier: <https://zoom.us/de-de/privacy.html>

Teilnahme an fernmündlichen Therapieangeboten

Bitte unterschreiben Sie dieses Dokument nur, wenn Sie den folgenden Punkten zustimmen.

- * Ich habe das Interesse an dem fernmündlichen Therapieangebot teilzunehmen.
- * Ich bin mir bewusst, dass ich dieses Interesse jederzeit widerrufen und die fernmündliche Therapie einstellen kann.
- * Ich bin mir bewusst, dass ich trotz sorgfältigen Vorbereitungen durch mich und meine*n Therapeut*in an einer wenig erprobten Methode teilnehme.
- * Ich erkläre, dass ich meine* Therapeut*in im Falle eines Unwohlseins (z.B. Schwindel, Schmerzen) unverzüglich darüber informiere.
- * Ich verstehe, dass die verwendeten technischen Einrichtungen sorgfältig nach Stabilität, Einfachheit und Datenschutz ausgewählt wurden.
- * Ich bin mir bewusst, dass es trotz größter Sorgfalt keine 100% Sicherheit gibt. Zum Beispiel können meine Daten durch Beschlüsse von europäischen und US-Amerikanischen Behörden im Falle eines Terrorverdachts eingefordert werden.
- * Ich achte bei der Auswahl des Orts meiner Therapieeinheit auf ein geeignetes Umfeld hinsichtlich der Vermeidung von Gefahren (z.B. rutschiger Boden, Möbelstücke, Teppiche, ...)
- * Ich habe die Datenschutzvereinbarung des Software-Anbieters gelesen und stimme diesen zu.
- * Von den Videoübertragungen der so durchgeführten Termine werden von der Praxis keine Daten digital gespeichert oder veröffentlicht.
- * Anmerkung: Bitte starten Sie etwaige Übungen nur, wenn Sie sich in der Lage dazu fühlen.



Einverständnis zur Durchführung von Tele-Therapie

Ich bin mir der besonderen Herausforderungen von Tele-Therapieangeboten bewusst und verstehe auch die Risiken in Bezug auf meine persönliche Sicherheit (geeigneter Therapieort) und die Risiken des Datenschutzes (Notwendige Verwendung von Programmen US-amerikanischer Firmen).

Ich möchte das Tele-Therapieangebot nutzen und weiß, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich per E-Mail für die Zukunft widerrufen kann.

Hiermit melde ich mich bzw. mein Kind zur Teletherapie an und stimme der Datenübertragung über E-Mail und dem Videokonferenz-Tool „Zoom“ zu:

Name des Patienten und Geburtsdatum:

Name der/s Erziehungsberechtigten:

Ort, Datum

Unterschrift der/s Patienten bzw. Erziehungsberechtigten:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: praxis@lattinger.at

Vielen herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,
Andrea Lattinger, Logopädin