

### **Einwilligungserklärung in die ClickDoc-Videosprechstunde**

Hiermit erkläre ich:

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

Anschrift \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ E-Mail (optional) \_\_\_\_\_

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte informiert worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der ClickDoc-Videosprechstunde freiwillig und für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- ich die Videosprechstunde im Interesse des Datenschutzes und eines störungsfreien Ablaufs in einem geschlossenen Raum und in ruhiger Umgebung durchführen werde;
- ich eventuell im Raum anwesende Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz hinweise und sie zu Beginn der Videosprechstunde vorstelle;
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.

Meinen Zugangscode zur Videosprechstunde kann ich entweder telefonisch oder per E-Mail erhalten. Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Inhalte unverschlüsselter E-Mails beim Transport durch das Internet von Dritten mitgelesen werden können und dass es möglich ist, die Absenderadresse einer E-Mail zu fälschen.

Ich verstehe, dass trotz größter technischer Sorgfalt bei der Verschlüsselung der Videosprechstunde ein Restrisiko verbleibt, dass Daten durch Unbefugte abgefangen und entschlüsselt werden. Ich bin über die Tatsache informiert, dass einige heute noch sichere Verschlüsselungsverfahren voraussichtlich durch zukünftige technische Fortschritte gebrochen werden. Insbesondere nehme ich zur Kenntnis, dass die folgende Warnung des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) vom 26.03.2020 auch die Videosprechstunde betrifft:

»Insbesondere für Informationen mit langfristigem Schutzbedarf sollte die Bedrohung durch Quantencomputer berücksichtigt werden. Es besteht die Gefahr, dass verschlüsselte Informationen auf Vorrat gesammelt und später mit Hilfe eines Quantencomputers entschlüsselt werden können.«

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Dafür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Psychotherapeuten ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich die vorstehende Einwilligung als erteilt.

Chemnitz, \_\_\_\_\_ Einverständnis Patientin / Patient: \_\_\_\_\_