



**Einwilligungserklärung zur Durchführung der Therapie in Form von Telemedizinischen Leistungen  
(Videotherapie)**

Zwischen der Praxis für Logopädie und Patholinguistik, Bölschestraße 84-85, 12587 Berlin

und Herrn/Frau ..... Geburtsdatum .....

im Folgenden „die/der Patient/in“ genannt, wird folgende Vereinbarung geschlossen:

Die verordnete Therapie aus dem Heilmittelbereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie wird bei Bedarf per Video als telemedizinische Leistung durchgeführt. Die Einwilligung erfolgt freiwillig.

Insbesondere wurde die Durchführung der Therapie nicht von der Möglichkeit diese per Video durchzuführen abhängig gemacht.

Die/der Patient/in wurde über die inhaltlichen Besonderheiten und die formal notwendigen persönlichen und technischen Voraussetzungen der Therapie per Video informiert.

Die/der Patient/in wurde ebenfalls informiert, dass die Möglichkeit besteht, für den nächsten vereinbarten Termin einen Wechsel zur Präsenztherapie zu fordern und die hiermit erteilte Einwilligung zur Durchführung der Therapie per Video zu widerrufen.

Der Widerruf durch die/der Patient/in kann mündlich, fernmündlich, elektronisch oder schriftlich erfolgen. Der Widerruf ist nicht zu begründen. Der Widerruf wird in der Patientenakte dokumentiert.

Gleiches gilt für einen Widerruf durch die Praxis. Die/der Therapeut/in kann für den nächsten vereinbarten Termin einmalig oder dauerhaft die Therapie als telemedizinische Leistung widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Praxis

Unterschrift Patient/in