

kontakt@psychotherapie-praxis-schmidt-kadambat.de
Tel. Frau Schmidt: 0291 12220144
Tel. Frau Kadambat: 0291 12220049

AKTUELLE MASSNAHMEN BEZÜGLICH DER CORONA-PANDEMIE

Liebe Eltern, liebe Patienten,

wir sind alle derzeit in einer besonderen Situation.

Natürlich haben auch wir uns Gedanken gemacht, wie wir unsere Patienten und ihre Familien, aber auch unsere Mitarbeiter schützen können, ohne die notwendige Versorgung einzustellen.

Wir haben uns daher zunächst bis zum Ende der Osterferien zu folgenden Maßnahmen entschlossen:

Bis auf Weiteres werden die meisten unserer Therapietermine online statt offline stattfinden. Vorbehaltlich der nicht bekannten Dynamik des Geschehens starten wir nach den Osterferien wieder.

Wenn möglich, finden die Termine natürlich wie gewohnt in unserer Praxis statt. Wir haben durch die Praxisräumlichkeiten die Möglichkeit, ausreichenden Abstand zu wahren.

Erkrankte - auch erkältete - Personen bitten wir, keine Termine in unserer Praxis wahrzunehmen.

Bei Erstvorstellungen werden wir Sie ebenfalls vorher kontaktieren. Wir wissen, dass Sie oft lange auf einen solchen Termin warten mussten und versuchen dann individuell, eine gute Lösung für Sie und Ihr Kind zu finden.

Bitte sehen Sie davon ab, ohne vorherige Rücksprache zu uns in die Praxis zu kommen!

Wir bitten Sie für all dies um Ihr Verständnis.

Sollte sich die Situation entspannen, werden wir sobald möglich zum „Normalbetrieb“ zurückkehren. Allerdings kann es auch sein, dass wir aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder Empfehlungen weitere Einschränkungen in Kauf nehmen müssen.

Gern können Sie uns auch telefonisch kontaktieren. Bitte haben Sie Verständnis, wenn es aufgrund hoher Nachfrage zu Verzögerungen bei den Antworten kommen kann.

Bleiben Sie gelassen und vor allem gesund und wir hoffen auf baldige Rückkehr zur Normalität.

Nachfolgend finden Sie alle wichtigen Informationen zu unseren Video-Therapie-Sprechstunden.

ABLAUF DER VIDEO-THERAPIE-SPRECHSTUNDEN

Die Terminabsprache findet telefonisch statt (siehe die oben angegebenen Festnetz-Nummern). Wir benötigen dann Ihre E-Mail-Adresse, um Ihnen den Link zur Plattform, auf der die Video-Therapie-Sprechstunde stattfindet, zusenden zu können.

Außerdem senden Sie uns schnellstmöglich per Post die in diesem Dokument auf Seite 3 enthaltene vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einverständniserklärung zu.

Zum Zeitpunkt des Termins klicken Sie den erhaltenen Link an und die Sprechstunde beginnt.

Weitere mögliche Fragen Ihrerseits klären wir per Telefon.

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ BEZÜGLICH DER VIDEO-THERAPIE-SPRECHSTUNDEN

Zur technischen Umsetzung unseres Angebots der Video-Therapie-Sprechstunden nutzen wir das Produkt von MEDITyme des folgenden Videodienstanbieters:

XPERTyme GmbH

Riedeselstr. 47

82319 Starnberg

<https://www.medityme.com>

Dieser Anbieter wurde von der datenschutz cert GmbH für Informationssicherheit und Datenschutz gemäß dem Gütesiegelstandard ips (internet privacy standards) zertifiziert und ausgezeichnet. Das aktuelle Zertifikat ist gültig bis zum 04.07.2021.

Somit entspricht das von uns für die Video-Therapie-Sprechstunde genutzte Produkt den höchsten Anforderungen zur Einhaltung der datenschutz- und verbraucherschutzrechtlichen Vorschriften als auch der Sicherheitsvorkehrungen nach dem aktuellen Stand der Technik.

Weitere Informationen dazu erhalten Sie unter: <https://ips.datenschutz-cert.de/xpertime>.

Um die Video-Therapie-Sprechstunden realisieren zu können, benötigen wir u. a. Ihre ausdrückliche Einverständniserklärung zur Verarbeitung Ihrer Daten zu diesem Zweck.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR PSYCHOTHERAPIE PER VIDEO-THERAPIE-SPRECHSTUNDE

Patientendaten und Daten des Sorgeberechtigten

Name, Geburtsdatum und
Anschrift des Patienten:

Name und Anschrift
des Sorgeberechtigten:

Als Sorgeberechtigter oder Patient erkläre ich mich damit einverstanden, dass o. a. Patient durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen Maria Kadambat bzw. Bernadette Schmidt ggf. diagnostisch untersucht wird und psychotherapeutische Sitzungen per Video-Therapie-Sprechstunde erhält.

Hiermit bestätige ich, dass ich die in diesem Informationsblatt enthaltenen Datenschutzangaben auf Seite 2 und die weiteren Angaben zum Datenschutz in den dort angegebenen Links zur Kenntnis genommen und verstanden habe sowie mit diesen einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten/Patienten