

Teletherapie

Um die Risiken aufgrund der Corona-Pandemie zu verringern, ist es derzeit ausnahmsweise möglich, die Sprachtherapie als Teletherapie, also per Videoübertragung durchzuführen. Ich habe das Infoblatt zur Teletherapie gründlich durchgelesen und die Vor- und Nachteile abgewogen.

Ich stimme der Teletherapie im Rahmen dieser Ausnahmesituation zu und möchte die intensive Sprachtherapie bei Spontansprache in Form einer Video-Therapie von zu Hause aus durchführen.

Falls Gruppe geplant ist: Ich möchte, dass auch eine Gruppentherapie per Video durchgeführt wird – zunächst im Sinne einer Erprobung. Zugleich bin ich einverstanden, dass die Gruppentherapie abgebrochen wird, wenn eine Teilnahme unter Videokonferenz-Bedingungen für mich therapeutisch nicht sinnvoll sein sollte.

Bin ich gesetzlich krankenversichert, wird die Therapie unverändert mit meiner Krankenkasse abgerechnet. Ich werde der Praxis Spontansprache nach Abschluss der Therapie die unterschriebenen Empfangsbestätigungen per Post oder elektronisch per Email zukommen lassen. Bei elektronischer Übermittlung bleibt eine Kopie in den Unterlagen der Praxis. Meine Email wird nach dem Ausdruck unmittelbar gelöscht.

Bin ich privat versichert, habe ich mich bei meiner Krankenkasse erkundigt, ob in dieser Situation die Kosten für die Videotherapie ebenso wie für eine Präsenz-Therapie übernommen werden. Falls nicht, bin ich bereit, die entstehenden Kosten selbst zu bezahlen. Es entstehen keine zusätzlichen Kosten gegenüber einer Präsenz-Therapie vor Ort.

Die technischen Voraussetzungen für die Teletherapie sind auf meiner Seite erfüllt. Ich nutze hierfür meinen eigenen PC/Laptop/Tablet mit Mikrophon, Lautsprecher, Webcam und Internetzugang sowie meinen eigenen Drucker zum Ausdrucken von Therapiematerial. Ich habe einen ruhigen Raum und Sorge dafür, dass wir ungestört arbeiten können. Ich achte auf die Einhaltung der vereinbarten Zeiten.

Wenn ich Probleme beim Verstehen von Anweisungen oder beim Bedienen des PC's habe, wird mein Angehöriger bei Bedarf dabei bleiben und mich bei der Therapie unterstützen, damit diese so reibungslos wie möglich ablaufen kann.

Von den Videoübertragungen der so durchgeführten Therapien werden von der Praxis keine Daten digital gespeichert oder veröffentlicht.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit mündlich, schriftlich oder per Email für die Zukunft widerrufen.

Vorname

Nachname des Teilnehmers

Geburtsdatum

Ort

Datum

Unterschrift Teilnehmer / gesetzl. BetreuerIn