

## **Einverständniserklärung für Videoaufnahmen für Supervision im Rahmen der Weiterbildung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zur Qualitätssicherung wird die Behandlung begleitend regelmäßig supervidiert. Dazu werden personen- und störungsbezogene Daten in schriftlicher, mündlicher wie auch audiovisueller Form erhoben und dem Supervisor bzw. der Supervisorin Ihres Therapeuten bzw. Ihrer Therapeutin zur Verfügung gestellt. Alle beteiligten Personen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Videoaufnahmen zur **Supervision im Rahmen der Weiterbildung** verwendet werden dürfen. Die Aufnahmen werden dabei nur Personen gezeigt, die an die ärztliche Schweigepflicht gebunden sind. Es wird keine Datensammlung angelegt, des Weiteren werden die Videoaufnahmen spätestens nach deren Verwendung für die Supervision und/oder die Weiterbildung unwiderruflich gelöscht.

Ich kann jederzeit die vorzeitige Löschung der Videoaufnahmen verlangen.

Bad Bramstedt, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_