

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR FOTO- & VIDEOAUFZEICHNUNG

Im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung kann der gezielte Einsatz von Video- und Fotoaufnahmen ein sehr wirkungsvolles Instrument zur Therapieunterstützung, Bewegungsanalyse und Verlaufsdokumentation sein. Die Erstellung und Nutzung dieser Aufnahmen erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis.

Patient/in: _____

Geb.-Datum: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

ZWECK DER AUFNAHMEN

Videoaufnahmen ermöglichen eine detaillierte Auswertung von Bewegungsabläufen, Verhaltensweisen und Handlungsplanungen. Sie dienen der Befunderhebung, der gemeinsamen Analyse mit den Patient/innen bzw. den Eltern/Sorgeberechtigten zur Erarbeitung von Behandlungszielen sowie der internen Qualitätssicherung.

Umfang der Einwilligung (Bitte zutreffendes ankreuzen):

☐ **Therapieinterne Video- & Fotoanalyse:**

Ich willige ein, dass während der ergotherapeutischen Behandlungen Aufnahmen (Video/Foto) erstellt und ausschließlich zur Diagnostik, Therapieplanung und Verlaufsdokumentation mit dem/der Patient/in oder den Sorgeberechtigten genutzt werden dürfen.

☐ **Supervision & Intervision (Optional):**

Ich willige ein, dass die Aufnahmen anonymisiert im Rahmen von fachlichen Fallbesprechungen (Supervision/Intervision) mit anderen Therapeut/innen zur fachlichen Qualitätssicherung genutzt werden dürfen.

HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ & WIDERRUFSRECHT

- **Speicherung & Löschung:** Die Aufnahmen werden digital auf verschlüsselten, datenschutzkonformen Datenträgern gespeichert. Nach Beendigung der Behandlungsmaßnahme bzw. nach Erreichen des Zieles werden die Dateien spätestens nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unwiderruflich gelöscht.
- **Keine Weitergabe:** Eine Weitergabe an Dritte (z. B. Krankenkassen, Schulen, soziale Netzwerke) findet zu keinem Zeitpunkt statt.
- **Freiwilligkeit & Widerruf:** Diese Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf entstehen keine Nachteile für die ergotherapeutische Versorgung. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder per E-Mail widerrufen werden.

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Therapeutin (ergonatur)