



## Einwilligung zur Anfertigung und Nutzung von Videoaufnahmen

Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung können zur Unterstützung der Diagnostik, Therapieplanung, Selbstreflexion und Supervision **Videoaufnahmen einzelner therapeutischer Sitzungen** angefertigt werden.

Diese Aufnahmen dienen ausschließlich folgenden Zwecken:

- Dokumentation und Auswertung des therapeutischen Verlaufs
- Reflexion und Qualitätssicherung im therapeutischen Prozess
- Supervision und/oder Intervision durch Fachkolleg\*innen (unter Wahrung der Schweigepflicht)

Die Anfertigung und Nutzung der Aufnahmen erfolgt unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen (insb. DSGVO und SGB V). Die Aufnahmen werden **vertraulich behandelt, nicht an unbefugte Dritte weitergegeben** und nach Zweckerfüllung **unverzüglich gelöscht**.

---

### Ich / Wir erkläre(n) hiermit ausdrücklich:

Ich / Wir **erlaube(n)** die Anfertigung und Nutzung von Videoaufnahmen zu den oben genannten Zwecken.

Ich / Wir **erlaube(n) NICHT** die Anfertigung und Nutzung von Videoaufnahmen.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit **ohne Angabe von Gründen widerrufen** werden. Ein Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Qualität oder den Umfang der therapeutischen Behandlung.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r 1

---

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r 2

### Zustimmung des Jugendlichen (ab 14 Jahren)

Ich, \_\_\_\_\_ (Name des Jugendlichen), bin über die Art und den Zweck der Videoaufnahmen aufgeklärt worden und stimme der Anfertigung und Verwendung im oben beschriebenen Rahmen zu.

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu

---

Unterschrift des Jugendlichen