



## Einverständniserklärung für Videoaufnahmen

Testpatient NAME Vorname, 04.05.2006, Statthalterstrasse 55, plz1 ORT

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, liebe(r) Jugendliche(r)

Sie nehmen zur Kenntnis, dass alle Gespräche zum Zwecke von interner Intervention/Supervision und Therapiekontrolle auf Speichermedien (Video-/Tonband) aufgezeichnet werden können.

Die entsprechenden Ton- oder Bildträger werden bei Fallabschluss respektive Austritt von NAME gelöscht.

Wir sind mit dieser Regelung einverstanden. Wir wurden über den geltenden rechtlichen Rahmen und über die Speicherung in Kenntnis gesetzt und unsere Rückfragen wurden beantwortet. (ggf. handschriftlich einfügen)

(Folgendes, wenn nicht zutreffend, bitte streichen) Wir sind darüber hinaus damit einverstanden, dass einzelne Teile der Videoaufnahmen im Bereich meiner persönliche Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen von Supervisionen einer geschlossenen Gruppe (welche der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegt) gezeigt und anschliessend vernichtet werden.

Dieses Einverständnis kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, was eine unmittelbare Vernichtung der Aufnahmen zu Folge hat. Hierzu wenden Sie sich bitte an unser Sekretariat (yyy - xxx xx xx), welches ihr Anliegen an den Zuständigen/die Zuständige weiterleiten wird.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift TherapeutIn \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Jugendliche(r) \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Die gesetzliche Vertreterin \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Der gesetzliche Vertreter \_\_\_\_\_