

**Einwilligung in Videoaufnahmen (Bild- und Tonaufnahmen)  
in Ergänzung zum Therapievertrag vom \_\_\_\_\_**

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_  
(Name der Patientin/des Patienten)

geboren am \_\_\_\_\_ und

wohnhaft in \_\_\_\_\_,

dass ich über die geplanten Ton- und Videoaufnahmen im Rahmen meiner psychotherapeutischen Behandlung bei

\_\_\_\_\_  
(Name, in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en bzw. Psychologische Psychotherapeutin/en befindlich)

zum Zwecke der Supervision ausführlich informiert worden bin.

**Ich erkläre hiermit meine Einwilligung in die Ton- und Videoaufnahmen meiner psychotherapeutischen Behandlung sowie in deren Nutzung nachfolgenden Maßgaben:**

1. \_\_\_\_\_  
(Name, in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en bzw. Psychologische Psychotherapeutin/en befindlich)

räume ich hiermit die Erlaubnis ein, meine psychotherapeutische Behandlung aufzuzeichnen (Ton und Video).

Diese Aufzeichnungen dürfen im Rahmen der Supervision einem Supervisor gezeigt werden.

- Die Ton- und Videoaufnahmen werden sorgfältig aufbewahrt und werden nicht an Dritte, Krankenversicherungen oder andere Behandler weitergegeben. Ausgenommen hiervon ist die unter Nr. 1. bezeichnete Art der Nutzung (Supervisor).
- Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Ton- und Videoaufnahmen werden in diesem Fall umgehend gelöscht.

**Zudem verlange ich die umgehende Löschung der Videoaufnahmen, wenn diese für die Supervision nicht mehr benötigt werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en bzw. Psychologische Psychotherapeutin/en befindlich)