

Einwilligungserklärung zu Patientenvideos im Rahmen einer physiotherapeutischen Fortbildung

Patient/in	_____
	—
Fortbildung / Kurs	_____
	—
Zeitraum	_____
	—
Verantwortliche Stelle / Veranstalter	_____
	—
Anschrift	_____
	—
E-Mail für Widerruf / Datenschutz	_____
	—
Teilnehmende/r Therapeut/in	_____
	—
Empfangsberechtigte Referent/innen	_____
	—

1. Zweck der Aufnahme

Die Videoaufnahme wird für die oben bezeichnete Fortbildung verwendet. Sie dient der fachlichen Analyse und Reflexion von Befund, therapeutischem Vorgehen und Behandlungsverlauf sowie der individuellen fachlichen Rückmeldung an die teilnehmende Therapeutin/den teilnehmenden Therapeuten. Mir ist bekannt, dass die Aufnahme Rückschlüsse auf meinen Gesundheitszustand ermöglichen kann und daher besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten) enthalten kann.

2. Umfang meiner Einwilligung – bitte ankreuzen

Ich entscheide selbst, in welchem Umfang die Aufnahme innerhalb der Fortbildung verwendet werden darf. Eine weitergehende Nutzung ist nur zulässig, wenn ich ihr ausdrücklich zugestimmt habe.

- ☐ Die Aufnahme darf für die individuelle Fallanalyse und fachliche Rückmeldung durch die benannten Referentinnen/Referenten verwendet werden.
- ☐ Zusätzlich darf die Aufnahme – wenn sie didaktisch geeignet ist – innerhalb der geschlossenen Gruppe dieser Fortbildung gemeinsam angesehen und fachlich besprochen werden.

3. Gemeinsame Fallbesprechung in der geschlossenen Fortbildungsgruppe

Wenn ich der gemeinsamen Fallbesprechung zustimme, darf die Aufnahme im Rahmen der konkret bezeichneten Fortbildung den anwesenden Kursteilnehmenden und Referentinnen/Referenten gezeigt und gemeinsam fachlich besprochen werden, wenn sie für die Lehre oder Fallreflexion didaktisch geeignet ist. Die Vorführung erfolgt ausschließlich innerhalb der geschlossenen Fortbildungsgruppe. Die Kursteilnehmenden dürfen die Aufnahme weder fotografieren noch abfilmen, kopieren, speichern, weitergeben oder veröffentlichen. Die Aufnahme darf nicht für andere Kurse oder Veranstaltungen verwendet werden.

4. Übergabe und sichere Verarbeitung

Die Aufnahme darf persönlich auf einem verschlüsselten USB-Datenträger oder durch eine direkte, verschlüsselte Geräte-zu-Geräte-Übertragung (z. B. Apple AirDrop) auf das hierfür vorgesehene zugriffsgeschützte Gerät der Referentin/des Referenten übertragen werden. AirDrop bzw. eine vergleichbare Empfangsfunktion wird nur für die konkrete Übertragung aktiviert und anschließend wieder deaktiviert. Vor Annahme der Datei wird geprüft, von welchem Gerät die Übertragung erfolgt. Eine Übermittlung des Patientenvideos über WhatsApp, unverschlüsselte E-Mail oder andere nicht freigegebene Kommunikationsdienste ist nicht gestattet. Eine erforderliche Arbeitskopie darf nur vorübergehend auf einem zugriffsgeschützten Gerät mit verschlüsseltem Speicher verarbeitet werden. Eine automatische Synchronisation der Patientenvideos mit privaten oder nicht ausdrücklich für diesen Zweck

freigegebenen Cloud-Diensten ist zu vermeiden. Patientennamen sollen nicht im Dateinamen verwendet werden. Zugriff erhalten nur die für den jeweiligen, von mir angekreuzten Fortbildungszweck erforderlichen Personen.

5. Nicht identifizierende Bildausschnitte für individuelles Feedback

Für die individuelle fachliche Rückmeldung an die teilnehmende Therapeutin/den teilnehmenden Therapeuten dürfen einzelne Bildausschnitte aus dem Video erstellt werden, sofern ich darauf nicht identifizierbar bin und der Ausschnitt ausschließlich die für die Rückmeldung erforderliche therapeutische Situation zeigt, zum Beispiel eine Griffposition. Gesicht, Name, Dokumente im Hintergrund und sonstige unmittelbar identifizierende Merkmale dürfen in diesen Rückmeldungen nicht enthalten sein. Es werden keine unnötigen Patientendaten übermittelt.

6. Keine Veröffentlichung / keine Social-Media-Nutzung

Diese Einwilligung umfasst keine Veröffentlichung im Internet oder in sozialen Medien, keine Werbung, keine Publikation und keine sonstige Öffentlichkeitsarbeit. Eine solche Verwendung – auch bei Verpixelung des Gesichts – bedarf einer gesonderten Einwilligungserklärung.

7. Speicherdauer und Löschung

Identifizierbare Patientenvideos und Arbeitskopien werden unverzüglich gelöscht, sobald sie für den Fortbildungszweck nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 14 Tage nach Ende der Fortbildung. Eine dauerhafte Archivierung erfolgt nicht. Nicht mehr benötigte Bildausschnitte werden ebenfalls gelöscht. Der von der teilnehmenden Therapeutin/dem teilnehmenden Therapeuten mitgebrachte Originaldatenträger bleibt in deren/dessen Verantwortung bzw. wird zurückgegeben.

8. Freiwilligkeit und Widerruf

Meine Einwilligung ist freiwillig. Eine Ablehnung einzelner Verwendungszwecke oder ein späterer Widerruf hat keine Nachteile für meine physiotherapeutische Behandlung. Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der oben genannten verantwortlichen Stelle widerrufen. Nach Eingang des Widerrufs dürfen die Aufnahmen auf Grundlage dieser Einwilligung nicht weiter verwendet werden und sind zu löschen, soweit keine andere Rechtsgrundlage entgegensteht. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

9. Erklärung

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen bzw. verständlich erläutert bekommen und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich willige ausdrücklich in die jeweils von mir angekreuzte Anfertigung, Verwendung, zeitlich begrenzte Speicherung und sichere Verarbeitung der Videoaufnahme einschließlich der darin möglicherweise enthaltenen Gesundheitsdaten ein.

Ort, Datum _____

Name Patient/in _____

Unterschrift Patient/in _____

Name und Unterschrift aufklärende Person _____

Hinweis: Datenschutzorientierte Mustererklärung. Vor Verwendung sollten Verantwortlichkeit, konkrete Empfänger, technische Verfahren, Löschozess und gegebenenfalls Vorgaben der behandelnden Einrichtung geprüft und ergänzt werden.