

Einwilligungserklärung zu Patientenvideos im Rahmen einer physiotherapeutischen Fortbildung

Patient/in	_____
Geburtsdatum	_____
Fortbildung / Kurs	_____
Zeitraum	_____
Verantwortliche Stelle / Veranstalter	_____
Anschrift	_____
E-Mail für Widerruf / Datenschutz	_____
Telefon / Website (optional)	_____
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. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde die an meiner Behandlung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der behandelnden Praxis sowie die oben benannten Referentinnen/Referenten, soweit sie einer beruflichen Schweigepflicht unterliegen, ausschließlich in dem Umfang von ihrer Schweigepflicht, der für die von mir angekreuzte Verwendung der Videoaufnahme innerhalb der bezeichneten Fortbildung erforderlich ist. Die Offenlegung ist auf die benannten Referentinnen/Referenten und - sofern von mir angekreuzt - die geschlossene Fortbildungsgruppe beschränkt. Eine weitergehende Weitergabe medizinischer Befunde, Diagnosen oder sonstiger sensibler Daten ist von dieser Einwilligung nicht umfasst.

8. 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.

9. Keine Vergütung

Ich verzichte ausdrücklich auf eine Vergütung für die im Rahmen dieser Einwilligung zulässige Anfertigung, Vorführung, Nutzung und Verarbeitung der Videoaufnahme sowie der zulässigen nicht identifizierenden Bildausschnitte.

10. 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.

11. Datenschutz

Die im Zusammenhang mit dieser Einwilligung verarbeiteten personenbezogenen Daten, einschließlich der möglicherweise enthaltenen Gesundheitsdaten, werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), verarbeitet. Weitere Informationen zum Datenschutz, zu den Verantwortlichen und zu den Betroffenenrechten sind bei der oben genannten verantwortlichen Stelle erhältlich bzw. ergeben sich aus deren Datenschutzhinweisen.

12. 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	_____
Geburtsdatum	_____
Unterschrift Patient/in	_____
Bei Minderjährigen: Name Sorgeberechtigte/r	_____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r	_____
Name und Unterschrift aufklärende Person	_____

Hinweis: Datenschutzorientierte Mustererklärung. Vor Verwendung sollten Verantwortlichkeit, konkrete Empfänger, technische Verfahren, Löschprozess sowie gegebenenfalls Vorgaben der behandelnden Einrichtung und die rechtliche Ausgestaltung der Schweigepflichtentbindung geprüft und ergänzt werden.