

Vereinbarung über Videoaufnahmen und Nutzen dieser Aufnahmen durch Dr. M. Siebmann

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bin einverstanden, dass ich während der Therapiezeit keinen exzessiven Suchtmittelmissbrauch betreibe. Insbesondere verzichte ich auf jeglichen Konsum von Cannabis und harten Drogen.

Ich erkläre mich mit der audiovisuellen Aufnahme der Therapiesitzungen einverstanden. Das Videomaterial ist Eigentum von Dr. Siebmann, er kann es jederzeit ohne weitere Nachfrage löschen.

Ich erlaube, dass Dr. Siebmann die Videoaufnahmen zur Supervision, Intervention und zur Weiterbildung mit Fachleuten oder Forschung unter Wahrung des Arztgeheimnisses verwenden darf.

Ich erlaube Dr. Siebmann die Nutzung der Videoaufnahmen auch zur Online-Supervision.

Ort, Datum.....

Name, Unterschrift.....