

Einverständniserklärung Videosprechstunde

(gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Versicherter

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

wohnhaft: _____

Ich wurde von meinem Arzt/meiner Ärztin über die Durchführung einer Videosprechstunde informiert.

Hiermit nehme ich zur Kenntnis und bin einverstanden

- mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Arzt/meine Ärztin.
- dass die Teilnahme an der Videosprechstunde für mich und den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin freiwillig ist.
- dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen stattfinden soll, welche eine angemessene Privatsphäre sicherstellen.
- dass zu Beginn der Videosprechstunde auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- dass Aufzeichnungen jeglicher Art während der Videosprechstunde nicht gestattet sind.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse bzw. Mobiltelefonnummer, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die zertifizierten Videodienste Clickdoc und/oder Viomedi erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

(Wichtiger Hinweis: Clickdoc und Viomedi haben keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, Gesprächsinhalte, zeichnen keine Videosprechstunden auf und leiten keine Daten an Dritte weiter!)

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit bei meiner behandelnden Ärztin /meinem behandelnden Arzt widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters