



Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde

Hiermit erkläre ich _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der Video-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich willige hiermit in die Konsultation durch den Arzt/die Ärztin mittels Videosprechstunde ein und versichere, folgende Rahmenbedingungen für die Durchführung einer störungsfreien Videosprechstunde zu erfüllen:

- geschlossener Raum in ruhiger Umgebung
- zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt von mir die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen
- geeignete Technik liegt vor (sicherer und schneller Internetzugang, aktueller Browser z.B. Firefox oder Chrome)
- gute Lichtverhältnisse
- ich halte meine Krankenversichertenkarte (oder bei Privatversicherten einen Ausweis) vor Beginn bereit

Sind die Bedingungen nicht geeignet, kann mein Arzt/meine Ärztin die Videosprechstunde abbrechen.

- Mein Arzt/Meine Ärztin hat mich ausreichend über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde darüber informiert, dass während der Videosprechstunde durch die verwendete Software keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen

Ich bin Einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

(Ort, Datum*)

* Datum muss vor 1. Videosprechstunde liegen

(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Meine Kontaktdaten:

(bitte ausfüllen, falls uns diese noch nicht vorliegen oder sich geändert haben)

Handynummer: _____

Email-Adresse: _____

Wir benötigen mind. eine Angabe um Ihnen die Zugangsdaten zur Videosprechstunde unkompliziert zukommen zu lassen.