



Einwilligungserklärung – Videosprechstunde

Vor- und Nachname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

E-Mail (für Einladung zur Videosprechstunde)

Hiermit erkläre ich,
dass ich 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 medflex-Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der medflex-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass...

- » die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- » zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- » Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- » Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- » bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der medflex-Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch betreuende 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 Arzt-Patienten-Kontakt in der Arztpraxis.

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

Ort

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Sorgeberechtigter