

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung der Praxis Sartorius

(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Versicherte/r

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nutzer der Videosprechstunde: _____

Aufklärung des Versicherten/ Sorgeberechtigten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und Frau Sartorius freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Einverständniserklärung des Versicherten bzw. Sorgeberechtigten/ der Bezugsperson, die die Videosprechstunde nutzt:

Hiermit erkläre ich

- dass ich von Frau Sartorius entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde (s.o. Aufklärung des Versicherten).

- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Frau Sartorius einwillige.

- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Deutsche Arzt AG GmbH erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis: Die Deutsche Arzt AG hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, Diagnosen, Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei Frau Sartorius widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Sorgeberechtigten/ der

Bezugsperson