

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch Ihre Hausarztpraxis Baier-Thönes

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

Versicherter

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Aufklärung des/der Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und die mich behandelnde Ärztin freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen mit angemessener Privatsphäre ohne Störung von außen stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen stattzufinden.
- Eventuell anwesende Hilfspersonen sollen dann auch auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden.
- Bild- und Tonaufzeichnungen der Videosprechstunde sind beiden Seiten nicht gestattet.
- Ein Austausch von Befunden (Laborwerten, Arztberichte) kann erfolgen, wenn beide Seiten hiermit einverstanden sind.
- Der Videodienstanbieter Patientus gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Der Videodienstanbieter ist entsprechend zertifiziert und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung speziell für die Durchführung von Videosprechstunden zugelassen.

Einverständniserklärung des/der Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich von meiner behandelnden Ärztin Fr. Baier-Thönes entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte SGB V) informiert wurde (siehe obige Aufklärung des/der Versicherten).
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meine Ärztin Fr. Baier-Thönes einwillige.
- Dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Patientus GmbH (Bismarckstraße 10 – 12, 10625 Berlin, nachfolgend Patientus genannt) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- Hinweis: Patientus hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die 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 Fristeinhaltung bei meiner behandelnden Ärztin Fr. Baier-Thönes widerrufen kann.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. des
gesetzlichen Vertreters)