

Hauptstandort:
Dannhopsweg 2
38477 Jembke
Tel. 05366 9538-0
info@mvz-ankerplatz.de

Zweigpraxis:
Lüneburger Str. 13
38518 Gifhorn
Tel. 05371 9609683
info-gf@
mvz-ankerplatz.de

Einverständniserklärungen

E-Mail

Auf Grund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen ist es im E-Mail-Verkehr laut Datenschutzverordnung (DSGVO) grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden. Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch per E-Mail führen möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versand solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails an eine von Ihnen persönlich mitgeteilte Adresse nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine ausdrücklich schriftliche Erklärung vorliegt. Davon ausgenommen sind genetische Befunde, die nur persönlich besprochen oder übergeben werden dürfen.

Ich /Wir, _____

Name des/-r Patienten/-in: _____, geb. am _____
erkläre/n mich/uns einverstanden, dass

- Mein behandelnder Arzt/ Therapeut/-in/ die Praxis mir Daten bzw. Befunde im PDF Format oder Terminerinnerungen per einfachen unverschlüsselter E-Mail zusendet.
- Mir/Uns ist bekannt und bewusst, dass diese E-Mail personenbezogene Daten enthalten und dass Risiken unbefugter Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte besteht.

Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann/können.

Email- Adresse: _____

Foto- /und Videoaufnahmen

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden, dass eine Foto- und/oder Videodokumentation (ein Foto zu Behandlungsbeginn und eventuell noch einmal im Behandlungsverlauf und /oder eine Videoaufnahme im Rahmen von Testungen) zu rein therapeutisch-medizinischen Zwecken stattfinden darf und nach geltenden Datenschutzbestimmungen in der EDV abgespeichert wird.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Hauptstandort:
Dannhopsweg 2
38477 Jembke
Tel. 05366 9538-0
info@mvz-ankerplatz.de

Zweigpraxis:
Lüneburger Str. 13
38518 Gifhorn
Tel. 05371 9609683
info-gf@
mvz-ankerplatz.de

Versicherter (Name, Vorname): _____

_____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

_____ Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. der mich behandelnden Arzt/Therapeut) 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

Hiermit erkläre ich:

- dass ich vom Leistungserbringer 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 meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt) einwillige.
- dass die meine personenbezogene Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termination, Terminart und Termination) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Patientus GmbH (Bismarckstraße 10-12, 10625 Berlin; nachfolgend -Patientus-) 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 Fristforderungen bei meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

Mit der Unterschrift erteile ich/wir meine/unser Einverständnis zu den angekreuzten Punkten.

Jembke/ Gifhorn/ Lehre, den: _____

Unterschrift Versicherter/Erziehungsberechtigter: _____