

Einverständniserklärung zur Datenerhebung,-verarbeitung und -nutzung für die Videosprechstunde

Versicherter (Name, Vorname):

_____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname des Kindes:

_____ Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

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

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

Schöninger Str. 20-21
38350 Helmstedt
Tel. 05351 553322
info-he@
mvz-ankerplatz.de

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 personenbezogenen Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termination, Terminart und Terminationdauer) 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.

Datum, Ort: _____

Unterschrift Versicherter/Erziehungsberechtigter: _____