

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde

Patientin / Patient

Name, Vorname

geboren am

Aufklärung der Patientin / des Patienten über die Rahmenbedingungen für die Durchführung einer störungsfreien Videosprechstunde:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den behandelnden Arzt freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufs in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde müssen auf beiden Seiten weitere im Raum anwesende Personen vorgestellt werden.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Informationspflicht nach DSGVO:

Für die Durchführung der Videosprechstunde wird das System CLICKDOC der CompuGroup Medical verwendet. Insoweit verweisen wir auf deren Nutzungsbedingungen und Datenschutzerklärung, im Internet abzurufen unter <https://clickdoc.elvi.de>.

Personenbezogene Daten werden für die notwendige ärztliche Dokumentation und die Abrechnung der Videosprechstunde gegenüber der Krankenkasse durch die Praxis Dr. Kißler erhoben. Eine Aufzeichnung des Videogesprächs erfolgt nicht.

Durch die Software CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE werden während der Videosprechstunde keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet.

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten:

Hiermit erkläre ich, dass ich entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde informiert wurde (siehe obige Aufklärung) und dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Arzt einwillige und dass ich mit der Durchführung der Videosprechstunde über das System CLICKDOC Videosprechstunde einverstanden bin.

Belehrung über das Widerrufsrecht:

Ich kann meine Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei meinem Arzt schriftlich oder zur Niederschrift ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass mir hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift