

Einverständniserklärung zur Videosprechstunde

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

mit Hilfe der Videosprechstunde können medizinische Beschwerden und Befunde besprochen werden, aktuell erforderliche Rezepte besprochen, ausgestellt und zugesandt werden, aktuell erforderliche Untersuchungen veranlasst und Überweisungen ausgestellt werden.

Für die Teilnahme an der Videosprechstunde bitten wir Sie, die folgenden Informationen sorgfältig zu lesen und am Ende Ihr Einverständnis zu geben. Vielen Dank!

Aufklärung über die Videosprechstunde

(nach § 3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für Sie und die neurologische Facharztpraxis 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 nicht gestattet.
- Der Videodienstanbieter kann die Inhalte der Videosprechstunde weder einsehen noch speichern. Gewisse personenbezogene Daten, die für die Durchführung der Videosprechstunde erforderlich sind (z. B. Name, E-Mail, Handynummer, technische Verbindungsdaten), werden kurzzeitig gespeichert. Diese Daten werden ausschließlich für den genannten Zweck genutzt und spätestens nach drei Monaten gelöscht.
- Wenn Sie Fragen zum genutzten Videodienstanbieter haben, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.
- Die Einwilligung zur Durchführung einer Videosprechstunde kann jederzeit formlos und fristlos bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin widerrufen werden.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

- dass ich die Aufklärung über die Videosprechstunde gelesen und verstanden habe,
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch neurologische Facharztpraxis Dr. med. Mathias Göppert einwillige,
- dass ich in die Speicherung und Verarbeitung der für die Durchführung der Videosprechstunde relevanten Daten durch den Videodienstanbieter zum genannten Zweck einwillige.

☐ Ja, ich erkläre mich einverstanden. Ich bestätige mein Einverständnis mit meiner Unterschrift am Ende dieses Formulars.

☐ Nein

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Ihr



Dr. med. Mathias Göppert

Facharzt für Neurologie – Notfallmedizin, Intensivmedizin, Rehabilitationswesen, Palliativmedizin und Verkehrsmedizin