

Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in
- geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde
- vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den
- betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der
- Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem
- mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog
- dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.
- mein Arzt/Therapeut sowie die RED Medical Systems GmbH für technische Probleme im Rahmen der
- Videosprechstunde keine Haftung übernehmen.

Es ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der RED-Software
- für mich unentgeltlich ist.
- ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an
- meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde als zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)