

Franziska Alkurde, Fachärztin für Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung,
Labordiagnostik, Impfungen, EKG, Lungenfunktion, Langzeit-Blutdruck, Ultraschall, Vorsorge
Plönzeile 17, 12459 Berlin
Telefon: 030-5350792, Fax: 030-53012153, Rezept-Telefon: 030-53600960

Einwilligungserklärung Videosprechstunde

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

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit der Teilnahme an einer Videosprechstunde.

Ablauf:

1. Sie erhalten von uns einen Termin und den Link für die Videosprechstunde per Email/ Sms.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodiensteanbieters mit dem Link ein.
3. Sie werden beim Einwählen nach Ihrem Namen gefragt- Bitte geben Sie diesen korrekt an.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Arzt zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodiensteanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodiensteanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.

Name/Vorname:

.....

Ihre Email-Adresse: (bitte LESERLICH schreiben) **oder** Handy-Nr.:

.....

Geburtsdatum:

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden bin.

Franziska Alkurde, Fachärztin für Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung,
Labordiagnostik, Impfungen, EKG, Lungenfunktion, Langzeit-Blutdruck, Ultraschall, Vorsorge
Plönzeile 17, 12459 Berlin
Telefon: 030-5350792, Fax: 030-53012153, Rezept-Telefon: 030-53600960

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 Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt und Patient im Rahmen der Videosprechstunde Analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.
- Mein Arzt sowie der Videodienstanbieter für technische Probleme im Rahmen der Videosprechstunde keine Haftung übernehmen.

Es ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung für mich unentgeltlich ist.
- ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

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

_____, den _____

Ort	Datum	Unterschrift Patient oder Vertreter
-----	-------	-------------------------------------