



Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde

Seite 1 von 1

Version 1

FB 4.5.5.5

Pat.: _____

Name, Vorname

Geb. Datum: _____

Aufklärung des Versicherten über die Anforderungen an der Teilnahme zur Durchführung der Videosprechstunde

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. dem Arzt der Hausarztpraxis Bauer) 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.

Informationspflicht nach DSGVO

Für die Durchführung der Videosprechstunde wird das System CLICKDOC Videosprechstunde powered by CGM ELVI der LA-Well Systems GmbH, ein Unternehmen der CompuGroup SE verwendet. Insoweit verweisen wir auf deren Datenschutzerklärung.

Die Hausarztpraxis Bauer verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Videosprechstunde anfallen, um eine notwendige ärztliche Dokumentation (auch für spätere Behandlungen in diesem Zusammenhang) zu führen und die Abrechnung der Videosprechstunde gegenüber der Krankenkasse zu ermöglichen. Eine Aufzeichnung des Videogesprächs erfolgt nicht. Im Übrigen bitten wir Sie – sofern diese Ihnen noch nicht bekannt ist – von der beigefügten Information zur Erhebung personenbezogener Daten in der Hausarztpraxis Bauer Kenntnis zu nehmen.

Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich von der Hausarztpraxis Bauer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde informiert wurde (s.o. Aufklärung des Versicherten).
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch die Hausarztpraxis Bauer einwillige.
- dass ich mit der Durchführung der Videosprechstunde über das System CLICKDOC Videosprechstunde einverstanden bin.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei der Hausarztpraxis Bauer für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

<i>Erstellt/Datum</i> Bauer A. 05.11.2021	<i>Geprüft/Datum</i> Bauer A. 05.11.2021	<i>Freigabe/Datum</i> Bauer C. 05.11.2021
--	---	--