

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Hiermit erkläre ich,

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße/ Hausnummer

PLZ / Ort

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Viomedi-Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der Viomedi-Software für mich unentgeltlich ist. Die bei dem Patienten/der Patientin anfallenden Kosten für die Datenübermittlung (Internetanschluss etc.) sind allein vom Patienten/der Patientin zu tragen.

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 alles 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 Viomedi-Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeuten und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analoge dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen werden kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorliegende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters)

Einwilligungserklärung – Datenschutz Teil 2

Unsere Arztpraxis bietet die ärztliche Dienstleistung „Videosprechstunde“ über das Portal www.viomedi.de. Als technische Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Videosprechstunde wird ein Endgerät mit folgender Ausstattung benötigt:

- Kamera
- Mikrofon
- Aktueller Internetbrowser (bevorzugt Google Chrome; Mozilla Firefox; Safari)
- Internet mit mindestens 2000er Leitung

Die Videosprechstunde selbst läuft direkt über den Browser innerhalb einer gesicherten – von Dritten nicht einsehbaren Verbindung ab. Installationen oder besondere PC-Kenntnisse sind nicht erforderlich.

Anbieter der Videosprechstunde ist unser Partnerunternehmen
Facharzt-Sofort-GmbH
Straubinger Str. 19
94363 Oberschneiding

Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/impressum>.

Die Datenschutzerklärung der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/datenschutz>.

Zur Durchführung der Videosprechstunde werden folgende Daten an die Facharzt-Sofort-GmbH übertragen:

- Praxis und Arztname
- Patientenvor- und Nachname
- Ggf. E-Mailadresse oder Handynummer zur Übersendung der Zugangsdaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, die Videosprechstunde unter den genannten Rahmenbedingungen nutzen zu wollen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

(Name des Patienten in Druckbuchstaben)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters)