PRAXIS
BERLINER ALLEE

# 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.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodienstanbieters 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 Videodienstanbieter 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 Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.

| **Name/Vorname:** | **Geburtsdatum:** |
|---|---|
| ..... | ..... |
| **Ihre Email-Adresse:** (bitte LESERLICH schreiben) | |
| ..... | |

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

**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/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 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