

## **Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Video-Sprechstunde und per E-Mail (z.B. Fotos)**

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

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### **Allgemeines:**

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde bzw. das Senden von Dateien per E-Mail sowie die Bearbeitung dieser Dateien durch den behandelnden Arzt ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. den mich behandelnden Arzt der o.g. Praxis) freiwillig
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden
- Zu Beginn der Video-Sprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Video-Sprechstunde nicht gestattet
- Die Abrechnung der Video-Sprechstunde erfolgt über die gesetzliche Versicherung über die elektronische Gesundheitskarte, bei privat Versicherten über eine Rechnung entsprechend der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)

### **Einverständniserklärung des Patienten (bei minderjährigen Patienten seines gesetzlichen Vertreters):**

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom o.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Video-Sprechstunde (nach Maßgabe §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag Ärzte SGB V) informiert wurde
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Video-Sprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt) einwillige
- dass ich der Speicherung von Dateien, welche ich per E-Mail an die Adresse [praxis@kinderaerzte-nabburg.de](mailto:praxis@kinderaerzte-nabburg.de) sende, in der jeweiligen Patientenakte zustimme
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Terminatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die RED Medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80687 München erhoben, gespeichert und verarbeitet werden

Hinweis: RED Medical Systems GmbH hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten und die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Video-Sprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift – Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)