

Einwilligungserklärung – Datenschutz - vertragsärztliche Videosprechstunde

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich bestätige, dass ich 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 Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der Videosprechstunde für mich unentgeltlich ist.

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
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen

Mir ist bekannt, dass der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung auch davon abhängt, wie gut mein Rechner (bzw. Tablet, PC, Smartphone, ...) abgesichert ist. Schadprogramme können Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören u. a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch meine Therapeutin zum Zweck der Dokumentation der Videosprechstunde. Des Weiteren erkläre ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch den Anbieter Healthy Projects GmbH im Rahmen der Videosprechstunde. **Ich willige ein in die Übermittlung meiner E-Mail-Adresse an Healthy Projects GmbH, Parkstraße 10, 50968 Köln zwecks Erhalt des Zugangslinks.** Meine Erklärung erfolgt auf freiwilliger Basis. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in der Arztpraxis.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Speicherung wird dadurch aber nicht berührt. Meinen Widerruf erkläre ich durch schriftliche Mitteilung an meine Therapeutin. Nach dem Widerruf ist die Nutzung der Videosprechstunde nicht mehr möglich.

Für die Nutzung der Plattform webPRAX / webPRAX-f2f für die Videosprechstunde wünsche die Zusendung entweder eines Gastzugangs- oder Registrierungslinks an meine E-Mail-Adresse: ja

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

Ort, Datum

Unterschrift