



Einwilligungserklärung Videosprechstunde

Behandler

Klinik: _____

Ansprechpartner: _____

Anschrift: Gerhart-Hauptmann-Straße 35
39108 Magdeburg

Telefon/Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

- Ich erkläre für mich/ für den o.g. Patienten:
- als gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in) (*Nachweis beifügen*)
 - als Bevollmächtigte(r) (*Nachweis beifügen*)
 - als Erziehungsberechtigte(r)

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Ich hatte genügend Gelegenheit Fragen zu stellen. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der Videosprechstunde für mich kostenlos 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 anwesenden Personen erfolgt,
 - Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben,
 - Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und ggf. 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 Behandler/die betreuende Behandlerin zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.

Die anzuwendenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Aufbewahrungsfristen bezüglich der bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Behandler(in) und Patient(in) im Rahmen der Videosprechstunde anfallenden Daten entsprechen denjenigen beim unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Ambulanz. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Behandler/meine Behandlerin ausreichend.

(Ort und Datum)

(Unterschrift Patient(in) ggf. Vertreter(in)/
Sorgeberechtigte(r))