

Gemeinschaftspraxis
Dres. Schott / Bömeke
Hildesheimerstr. 98
30173 Hannover

Telefon: 0511 – 9887870

Mailbox: 0511 – 9887871 nur für Rezept- und Überweisungsbestellungen

Telefax: 0511 – 881650

Email: info@kinderaerzte-suedstadtforum.de

Internet: www.kinderaerzte-suedstadtforum.de

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung der Gemeinschaftspraxis Dres. Schott / Bömeke für Kinder- und Jugendarztpraxis

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aufklärung des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. dem 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 Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Einverständniserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom u.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde (s.o. Aufklärung des Versicherten).
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt) einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die RED Medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80687 München (nachfolgend -RED Medical-) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis: RED Medical hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters