Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Daten-Verarbeitung und Daten-Nutzung bei Durchführung einer Videobehandlung und Aufklärung des Versicherten

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

Ich (Name, Vorname, Ort) ................................................................ wurde darüber aufgeklärt, dass Gesprächsleistungen auch als Videosprechstunde erbracht werden können, unter Berücksichtigung geltender Datenschutz Regelungen. Die Videosprechstunde findet zwischen

**Praxis …**

und  
Pat.: Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Krankenkasse,

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------Für Jugendliche unter 17 J. ist die Einverständniserklärung der sorgeberechtigten Eltern notwendig.

Name, Vorname, Adresse der sorgeberechtigten Personen

........................................................................................................................................

**Aufklärung:** Die Teilnahme an Videosprechstunden ist grundsätzlich freiwillig. Meine Praxis arbeitet mit dem von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Anbieter „ANBIETER EINFÜGEN“ zusammen, der eine sichere Ende-zu-Ende Verschlüsselung vorhält. Der Videodienst Anbieter kann die Inhalte des Prozesses nicht einsehen und nicht speichern. Für eine vertrauensvolle Behandlung, Gewährleistung des Datenschutzes und Wahrung der Patientenrechte findet die Videosprechstunde in geschlossenen Räumen statt. Beide Teilnehmer sorgen für einen störungsfreien Verlauf und stellen sicher, dass niemand mithören kann. Aufzeichnungen jeglicher Art von Videobehandlungen ist weder von Ihnen, vom Therapeuten oder Anderen erlaubt. Für die Videobehandlung brauchen Sie einen PC/ Tablet/ Laptop mit einem aktuellen Betriebssystem und entsprechender aktueller Virensoftware, sowie eine entsprechende aktualisierte Firewall im Router Ihrer Telefonanlage. Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt eine kurze Vorstellung und eine mündliche Aufklärung. Sie können dann etwaige Fragen noch mit mir klären.

Ich bin über die Durchführung der Videobehandlung und den Datenschutz schriftlich aufgeklärt worden.

Zu Beginn der Videosprechstunde wurde ich zudem noch einmal mündlich aufgeklärt und hatte die Gelegenheit Fragen zu klären. Meine Zustimmung gilt für den gesamten Behandlungszeitraum (ggf. mehrere Videobehandlungen je nach Vereinbarung) kann aber jederzeit schriftlich widerrufen werden.

|  |  |
| --- | --- |
| ......................................................  Ort/Datum | ................................................                      Unterschrift des Pat. bzw. der sorgeberechtigten Eltern |