

Einverständniserklärung Videosprechstunde

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

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

Versicherte/r

Name: _____, geb.: _____

Anschrift: _____

Email: _____

Aufklärung d. Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. dem u.g. mich behandelnden Psychotherapeuten) 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 – soweit nicht anders schriftlich vereinbart – während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Einverständniserklärung des Versicherten

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 –ÄrzteSGB V) informiert wurde (s.o. Aufklärung d. Versicherten).
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Psychotherapeuten) 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 (Lutzstr. 2, 80687 München; nachfolgend -Red medical-) oder die Epikur Software GmbH & Co. KG (Franklinstraße 26 a, 10587 Berlin; nachfolgend -Epikur-) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- dass ich damit einverstanden bin, dass mir u.g. Leistungserbringer die Login-Daten für die Videosprechstunde(n) an die o.g. Emailadresse oder per SMS an meine Mobilnummer zusendet.
- Hinweis: Red medical und Epikur haben keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten und die Gesprächsinhalte. Sie zeichnen keine Videosprechstunden auf und leiten 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

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Unterschrift und Stempel Jens Lückert