



Einverständniserklärung zur Datenerhebung und Datennutzung
zur Durchführung einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b SGB V

Patient

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Aufklärung des Versicherten:

- 1) Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer freiwillig.
- 2) Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- 3) Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- 4) Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Einverständniserklärung des Versicherten:

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Anforderungen für die Teilnahme an der Videosprechstunde aufgeklärt wurde. Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch die Praxis für hausärztliche Medizin Römerberg ein.

Zudem willige ich dazu ein, dass meine Daten (Name, Vorname, Termindatum, Terminart und Termindauer und ggfls. meine eMail-Adresse bei der Red Medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80667 München gespeichert und verarbeitet werden. Hier Videosprechstunde selbst ist Ende-zu-Ende verschlüsselt und kann vom Dienstleister nicht eingesehen werden.

Datum und Unterschrift Patient

Datum und Unterschrift Praxis