

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung für die Gemeinschaftspraxis Niederrhein

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

Versicherter

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (behandelnder Arzt) 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 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 – Ärzte SGB V) informiert wurde.
- Dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (behandelnder 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 erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
 - Hinweis: Die Red Medical Systems GmbH hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form und Fristforderungen bei der Gemeinschaftspraxis Niederrhein widerrufen kann.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten /
des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift Arzt / Stempel der
Gemeinschaftspraxis Niederrhein