

Praxis Andreas Bias
Hausarzt & Internist
Bahnhofstr. 5b
16552 Schildow

Tel: 033056/43 33 10
Fax: 033056/43 33 09
Web: praxis-bias.de
Mail: info@praxis-bias.de

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Patient*in: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Aufklärung des*der Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und des Leistungserbringer freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störfreien 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*der Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom u.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ärzte SGB V) informiert wurde.
- dass ich in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch die Patientus GmbH (Bismarckstr. 10 – 12, 10625 Berlin) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- Patientus hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.
- Des Weiteren nehme ich zu Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form – und Fristforderungen bei meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift _____