

## Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung zur Videosprechstunde gegenüber der Praxis Dr. med. Christina Kellerer

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

### Patientenangaben

|               |  |            |  |
|---------------|--|------------|--|
| Name, Vorname |  | Geb.-Datum |  |
| PLZ Ort       |  | Straße Nr. |  |

### Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. der oben genannten Praxis) 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/ der Patienten/ Patientin

#### Hiermit erkläre ich,

- dass ich von der oben genannten Praxis 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 (s.o. Aufklärung des Patienten),
- -dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch die oben genannte Praxis einwillige,
- -dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Doctor-online.org, Zollsoft GmbH (Ernst-Haeckel-Platz 5/6, 07745 Jena nachfolgend Zollsoft) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- -Hinweis: Zollsoft hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.
- Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besonderes Form oder Fristenfordernis gegenüber der oben genannten Praxis widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung per Mail (Scan/ Handy-Foto) an unsere E-Mail Adresse, [praxis@dermatologie-nymphenburg.de](mailto:praxis@dermatologie-nymphenburg.de) oder per Post an uns.