



Einverständniserklärung zur Videosprechstunde

Versicherter

Name, Vorname des Patienten _____

Name, Vorname eines
gesetzl. Vertreters
(nur bei minderj. Patienten) _____

Geburtsdatum des Patienten _____

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist sowohl für den Patienten als auch den behandelnden Psychotherapeuten (Elmar Peters, Schulplatz 3, 53545 Linz am Rhein) freiwillig
- Die Videosprechstunde hat zwecks Gewährleistung der Datensicherheit und Privatsphäre in geschlossenen Räumen zu erfolgen, welche ebendiese sicherstellen
- Aufzeichnungen der Videosprechstunde sind weder vom Patienten noch vom behandelnden Psychotherapeuten gestattet
- Die Videosprechstunde findet auf der Plattform eines Dienstleisters statt (www.viomedi.de) statt. Der Dienstleister ist zertifiziert und hat sich somit zur Einhaltung der Vorgaben, welche in Anlage 31b des Bundesmanteltarifvertrages – Ärzte SGB V spezifiziert sind, verpflichtet
- Der Patient kann sein Einverständnis jederzeit und formlos widerrufen

Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich, dass

- ich von meinem behandelnden Psychotherapeuten über die Rahmenbedingungen der Videosprechstunde informiert worden bin (vgl. „Aufklärung des Versicherten“)
- ich der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten, welche im Rahmen der Videosprechstunde übermittelt werden, durch meinen behandelnden Psychotherapeuten zustimme
- ich den Datenschutzbestimmungen des Dienstleisters in Bezug auf die Erhebung von personenbezogenen Daten zustimme (<https://viomedi.de/datenschutz>)

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten /
gesetzl. Vertreters

Unterschrift Elmar Peters