

## **Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -bearbeitung und -nutzung**

durch die Hausarztpraxis Dr. M. Grauer und Dr. O. Rörick, Amselweg 20, 91096 Möhrendorf (Tel. 09131-41021) nach Massgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäss Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag Ärzte SGB V.

Patient:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Aufklärung des Versicherten/Patienten:**

Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (Hausarztpraxis Dr. med. Magdalena Grauer und Dr. med. Olaf Rörick) 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.

Als Patient bin ich darüber informiert, dass ich optimale Lichtbedingungen und gute Bild- und Tonwiedergabequalität ermöglichen sollte, so dass der Arzt sich ein bestmögliches Bild von der jeweiligen Situation machen kann. Auch bin ich informiert, dass eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung je nach Krankheitsbild auf Basis eines Videokontaktes nur in bestimmten Situationen erstellt werden kann - bei manchen Krankheitsbildern kann eine persönliche Vorstellung in der Praxis vonnöten sein, um eine weitergehende klinische Untersuchung zu ermöglichen.

### **Einverständniserklärung des Versicherten/Patienten:**

Hiermit erkläre ich,

- dass ich von Dr. Magdalena Grauer oder Dr. Olaf Rörick entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Massgabe §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäss Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag Ärzte SGB V) informiert wurde, s.o.: „Aufklärung des Versicherten“.
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Frau Dr. Magdalena Grauer bzw. Herrn Dr. Olaf Rörick einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Terminatum, Terminart, Termindauer, ggf. Mobilnummer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Fa. Patientus (Bismarckstr. 10-12, 10625 Berlin) sowie durch die Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

**Hinweis: Die genannten Firmen haben keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten oder Gesprächsinhalte und zeichnen keine Videosprechstunden auf und leiten keine Daten an Dritte weiter.**

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei Dr. M. Grauer und Dr. O. Rörick unter [praxis21@gmx.de](mailto:praxis21@gmx.de) oder postalisch widerrufen kann.

Für die jeweilige Videosprechstunde wünsche ich die Kontaktaufnahme über folgende E-Mail-Adresse (wird für Versand des Zugangs-Links gebraucht) und/oder Mobiltelefonnummer:

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Tel.Nr. Mobiltelefon

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten/Patienten:

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten