
Vor- und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum unmittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde auch für den unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.
- mein Arzt/Therapeut sowie die RED Medical Systems GmbH für technische Probleme im Rahmen der Videosprechstunde keine Haftung übernehmen.

Es ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.
- ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

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

{Ort, Datum}

{Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters}

{Stempel der Praxis}