



## Einverständniserklärung Videosprechstunde

Mai 2021

Unsere psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis bietet die Dienstleistung „Videosprechstunde“ über das Portal [www.viomedi.de](http://www.viomedi.de) an.

Hiermit willige ich, ....., in die Behandlung via Videosprechstunde und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch **Frau Albert / Herr Dr. El-Kordi** ein. Ich bestätige, dass ich entsprechend der Anforderungen 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.

Die Aufklärung des Patienten umfasste:

1. Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig.
2. Aufzeichnungen jeglicher Art und Weise sind während der Videosprechstunde nicht gestattet!
3. Durchführungsbedingungen (aus Datensicherheit und aufgrund eines störungsfreien Ablaufes, sollte die Videosprechstunde in einem geschlossenen Raum stattfinden).
4. Vorstellung aller im Raum befindlichen Personen zu Beginn der Videosprechstunde.

Als technische Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Videosprechstunde wird ein Endgerät mit folgender Ausstattung benötigt:

- Kamera
- Mikrofon
- Aktueller Internetbrowser (bevorzugt Google Chrome; Microsoft Edge; Mozilla Firefox; Safari)
- Internet mit mindestens 2000er kbit/s Downloadgeschwindigkeit

Die Videosprechstunde selbst läuft direkt über den Browser ab, Installationen oder besondere PC-Kenntnisse sind nicht erforderlich.

Anbieter der Videosprechstunde ist unser Partnerunternehmen

Facharzt-Sofort-GmbH

Pröllerweg 3

94339 Leiblfing

Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter [www.viomed.de/impresum](http://www.viomed.de/impresum) <https://viomed.de/impresum>.

Die Datenschutzerklärung der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter [www.viomed.de/datenschutz](http://www.viomed.de/datenschutz) <https://viomed.de/datenschutz>.

Zur Durchführung der Videosprechstunde werden folgende Daten an die Facharzt-Sofort-GmbH übertragen:

- Praxis und Arztname
- Patienten Vor- und Nachname
- Ggf. E-Mailadresse oder Handynummer zur Übersendung der Zugangsdaten

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass ich einverstanden bin, die Videosprechstunde unter den genannten Rahmenbedingungen zu nutzen. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Einwilligungserklärung telefonisch oder per E-Mail widerrufen kann.

**BITTE AUSFÜLLEN!!**

**Meine E-Mail-Adresse lautet:**

---

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

---

Unterschrift der sorgeberechtigten Person