

Praxis Dr. med. Sebastian Münster
Facharzt für Allgemeinmedizin
Termine nach Vereinbarung
www.praxis-dr-muenster.de

Hermann-Löns-Str. 5 | 53840 Troisdorf
✉ info@praxis-dr-muenster.de
☎ 02241/76414
facebook.com/HausarztTroisdorf

Reisemedizin inkl. Gelbfieberimpfung | Chirotherapie | Akupunktur | Palliativmedizin

Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

E-Mail

Handynummer

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der arztkonsultation Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der arztkonsultation-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in 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 Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass 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 Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)