HNO-Praxis Dr. med. Kai Wonneberger & Dr. med. Uta Stierstorfer (ang.)

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung der HNO-Praxis Dr. med. Kai Wonneberger & Dr. med. Uta Stierstorfer (nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon-Nr. und/ oder email:

Aufklärung des Versicherten

➢ Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. den mich behandelnden Arzt) 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.

Einverständniserklärung des Versicherten.

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom o.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer 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 (s.o. Aufklärung des Versicherten).

- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt) einwillige. Die La-Well Systems GmbH erhebt von Ihnen keine persönlichen Daten und es werden keine persönlichen Daten gespeichert (siehe auch Datenschutzerklärung der La-Well Systems GmbH zur CGM ELVI).

- Hinweis: Well Systems GmbH / CGM ELVI hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

Datum

_____

Unterschrift Patient

Datum

_____

Unterschrift Arzt