



Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

nach Maßgabe der Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä):
Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V

1) Versicherte Person:

Name, Vorname; Geb.-Datum: _____

Mobil-Nr.; E-Mail-Adresse: _____

2) Aufklärung der versicherten Person:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d. h., den unten genannten mich behandelnden Ärzten) 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.

3) Einverständniserklärung der versicherten Person:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom u. 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 BMV-Ä SGB V) informiert wurde, siehe Aufklärung des Versicherten.
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (meinen Arzt) einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die La-Well Systems GmbH (Hartwig-Mildenberg-Str. 5-9, 32257 Bünde, nachfolgend CLICKDOC) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis: CLICKDOC hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

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

Ort, Datum; Unterschrift der versicherten Person / ggf. gesetzliche Vertretung

Ort, Datum; Unterschrift und Stempel des Arztes