



Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit der Teilnahme an einer Videosprechstunde.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik. Zur Teilnahme können Sie einen Computer mit einer angeschlossenen Webcam und Mikrofon oder ein Tablet mit integrierter Webcam und Mikrofon verwenden, die einen der gängigen Browser installiert haben. Als gängige Browser gelten: Microsoft Edge, Firefox, Google Chrome oder Safari.

Die technische Verbindung läuft über die SaniQ Plattform von der Fa. Qurasoft.

Ablauf:

1. Sie erhalten von uns einen Termin zur Videosprechstunde, den Link für die Videosprechstunde und die benötigten Einwahldaten an die von Ihnen mitgeteilte E-Mail-Adresse.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 10 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite des Videodiensteanbieters mit dem Link ein, welchen Sie zuvor per E-Mail erhalten haben. Geben Sie dafür die in der E-Mail hinterlegte TAN ein.
3. Sie werden in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald der Arzt in die Videosprechstunde hinzukommt, beginnt Ihre Videosprechstunde.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Sollte eine Peer-to-Peer-Verbindung aus technischen Gründen nicht möglich sein, so findet die Videosprechstunde über einen zentralen Server statt. Dieser Server wird von Qurasoft betrieben und speichert keine Video-, Audio- oder Metadaten.
- Der Videodiensteanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Metadaten werden nicht gespeichert und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodiensteanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.



Name / Vorname:

Ihre E-Mail-Adresse: (leserlich):

Geburtsdatum:

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden bin.

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. Es muss ein aktueller gängiger Browser verwendet werden (Microsoft Edge, Chrome, Firefox oder Safari).

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde Analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.
- Mein Arzt/Therapeut sowie der Videodienstanbieter für technische Probleme im Rahmen der Videosprechstunde keine Haftung übernehmen.



Es ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung für mich unentgeltlich ist.
- ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und habe die Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde zur Kenntnis genommen.

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift Patient / Vertreter