



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde, sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtlichen Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt wurde.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit, sowie eines störungsfreien Ablaufes in einem geschlossenen Raum und in ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen und Angehörige auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED-connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die Praxis Eggert nur zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.
- Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen der Praxis Eggert und Patient/Hilfsperson/Angehörigen im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.
- Die Praxis Eggert, sowie die RED Medical Systems GmbH für technische Probleme im Rahmen der Videosprechstunde keine Haftung übernehmen.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der RED-connect Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der RED Software für mich unentgeltlich ist.
- ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine schriftliche Mitteilung (auch per Mail) an die Praxis Eggert ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde als zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten,
oder gesetzlicher Vertreter