



## Einwilligungserklärung – Datenschutz zu den Nutzungsbedingungen der Videosprechstunde

**Hiermit erkläre ich:**

Herr / Frau \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technischen Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-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 RED connect Videosprechstunde vorliegen.

**Ich bin einverstanden, dass**

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch das MVZ Praxis & Dialyse Quellental zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.

Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen dem Praxispersonal (Ärzte, medizinische Fachangestellte) und dem Patienten im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift