Einwilligung zur telemedizinischen Behandlung

Hiermit erkläre ich:

NAME, VORNAME

ANSCHRIFT

GEBURTSDATUM

E-MAILADRESSE/TELEFONNUMMER

das ich durch das Personal der

PRAXIS

ausreichend über den Ablauf der telemedizinischen Behandlung (gem. der Erklärung des GKB-Spitzenverbands) sowie die damit verbundenen technischen Voraussetzungen und allen Aspekten bzgl. des Datenschutzes aufgeklärt worden zu sein.

Die Teilnahme an der Videobehandlung ist freiwillig und verursacht für mich keine weiteren Kosten. Diese werden mit meiner Heilmittelverordnung vom Arzt abgedeckt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich:

- mich während der Videobehandlung in einem geschlossen und ruhigen Raum zu befinden, damit die Behandlung ungestört und unter Gewährleistung der Datensicherheit durchgeführt werden kann.
- dass dem Therapeuten alle sich ggf. im Raum befindenden Personen genannt werden.
- anwesende Hilfspersonen auf Verschwiegenheit und Datenschutz hingewiesen zu haben.
- dass die Behandlung weder in Bild noch Ton aufgezeichnet wird.
- dass mir alle für die Videobehandlung notwendigen technischen Geräte zur Verfügung stehen und ich so eine einwandfreie Durchführung der Behandlung gewährleiste.

Mit der Speicherung meiner Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Termin und Behandlungsgrund) zur Dokumentation bin ich einverstanden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.

Diese Einwilligungserklärung kann ich durch eine Mittelung an die Praxis jederzeit widerrufen.

STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DER PRAXIS	UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN
Ort, Datum	Ort, Datum