

**Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung der Hautarztpraxis
FOKUS HAUT Dr. Bernd Großmann**

(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Versicherte/r

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nutzer der Videosprechstunde: _____

Aufklärung des Versicherten/ Sorgeberechtigten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und Dr. Bernd Großmann 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.

Einverständniserklärung des Versicherten bzw. Sorgeberechtigten/ der Bezugsperson, die die Videosprechstunde nutzt:

Hiermit erkläre ich

- dass ich von Dr. Bernd Großmann 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 Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde (s.o. Aufklärung des Versicherten).

- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Dr. Bernd Großmann einwillige.

- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Zollsoft GmbH erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis: Die Zollsoft GmbH hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, Diagnosen, Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei Dr. Bernd Großmann widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Sorgeberechtigten/ der

Bezugsperson