DIABETES ZENTRUM
DR. TEWS

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung des Diabeteszentrum Dr. Tews (Videosprechstunde/-schulung)

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

Versicherter

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail Adresse: _____

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde/-schulung ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. dem u.g. mich behandelnden Arzt) freiwillig.
- Die Videosprechstunde/-schulung hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde/-schulung hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde/-schulung nicht gestattet.

Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom u.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde/-schulung (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b 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/-schulung durch meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt) einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Snapview GmbH (Schwanthalerstr. 22, 80336 München; nachfolgend (-Telemedo-) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- Hinweis: Snapview Gmbhm haben keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden/-schulung 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 meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

Gelnhausen den,

Unterschrift des Versicherten / ges. Vertreters