



Hinweise zur Videosprechstunde

Wenn Sie keine körperliche Untersuchung benötigen und etwas nur besprechen möchten (*Labor, Medikamenteneinnahme, Facharztbefunde etc.*), können wir Ihnen einen Termin in unserer Video- und Telefonsprechstunde anbieten.

Hierzu verwenden wir den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Anbieter Patientus (siehe www.patientus.de). Jegliche Kommunikation findet ausschließlich verschlüsselt und unmittelbar zwischen Arzt und Patienten statt.

Bei der Terminvereinbarung werden Ihnen per E-Mail die individuellen Zugangsdaten für den Termin zugesendet. Loggen Sie sich bitte mindestens 10 Minuten vor dem Termin ein. Wir bitten um Verständnis, wenn Ihre Ärztin oder Ihr Arzt nicht auf die Minute genau den virtuellen Raum betritt, wenn z.B. nicht planbare Akutsituationen auftreten.

Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde:

Name: _____,

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich, ausreichend über den Ablauf, die technischen Voraussetzungen und die datenschutzrechtlichen Aspekte der Videosprechstunde in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und 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,
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden,
- Bild-und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben und
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die behandelnden Ärzte der Hausarztpraxis am Herold-Center zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in der Arztpraxis.

Datum: _____

Unterschrift: _____