



Facharztpraxis
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie, Sozialpsychiatrie
Stephanie Vagedes-Stahl

Sprechzeiten: Mo-Do 9:00-13:00
14:00-18:00

Termine nach Vereinbarung

Eutinerstrasse 1
23611 Bad- Schwartau
Tel.: 0451 / 20 34 48 77
Fax: 0451 / 20 34 48 79

info@kjp-bad-schwartau.de
www.kjp-bad-schwartau.de

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis von Frau Vagedes-Stahl

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

Patient:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aufklärung des Versicherten:

- ✚ Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. dem u.g. behandelten Arzt) 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.
- ✚ Aus Datenschutzrechtlichen Gründen ist es verboten, das Gespräch der Videosprechstunde aufzuzeichnen oder zu filmen – Verstöße dagegen können strafrechtlich verfolgt werden.
- ✚ Das Gespräch unterliegt, wie bei der herkömmlichen Sprechstunde, der ärztlichen Schweigepflicht.
- ✚ Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter (RED Connect) der besondere Sicherheitsanforderungen (Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, Peer-to-peer-Verbindung) erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass eine datenverschlüsselte Videoverbindung mit dem Arzt aufgebaut wird und niemand anderes mit hört/sieht.

Bitte wenden 

Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- Dass ich vom u.g. Leistungserbringer 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 meinen Leistungserbringer (d.h. den Arzt meines Kindes) einwillige.
- Dass die, meine Person betreffenden, Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die **RED Medical Systems GmbH** (Lutzstraße 2, 80687 München) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- Hinweis: RED Medical hat **keinen** Zugriff auf Gesundheitsdaten, die 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 meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten /
gesetzlicher Vertreter

Unterschrift und Stempel der Ärztin
der KJP Praxis Bad Schwartau