

Praxis Dr. Beck & Kollegen

Fachärzte für Kinder- & Jugendmedizin / Allergologie

Mittelstraße 11A, 45549 Sprockhövel

Tel: 02339 / 91 28 31

Fax: 02339 / 12 19 770



Aufklärung & Einverständniserklärung zur Online-Videosprechstunde

nach Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a Satz 7 Sozialgesetzbuch V

Patienten-Name _____ Geburtsdatum _____

Aufklärung des Versicherten / der Sorgeberechtigten:

- Die Videosprechstunde ersetzt keinen Praxisbesuch, sondern stellt eine zusätzliche Möglichkeit der Behandlung dar.
- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist 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 und Sie bekommen die Gelegenheit offene Fragen zur Videosprechstunde zu stellen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.
- Die Dauer einer Videosprechstunde ist auf eine Länge von max. 15 Minuten angelegt.

Einverständniserklärung des Versicherten / der Sorgeberechtigten:

Hiermit erkläre ich, dass ich von der Praxis Dr. Beck & Kollegen entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde informiert wurde und ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch die Praxis einwillige. Hiermit erkläre ich zudem, dass die meine Person bzw. meinem Kind betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer), zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Arztkonsultation ak GmbH aus Schwerin erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. *Hinweis: Die Arztkonsultation ak GmbH hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.* Meine Zustimmung gilt für den gesamten Betreuungszeitraum durch die Praxis. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei in der Praxis widerrufen kann. Ich wurde darüber informiert, dass im Falle gesetzlich Versicherter, die Kosten der Videosprechstunde von den gesetzlichen Krankenkassen voll übernommen werden. Im Falle privat Versicherter hingegen, eine Kostenübernahme von der jeweiligen Versicherung und dem entsprechenden Vertrag abhängt. Ich sichere daher hiermit zu, etwaig anfallende Kosten der Videosprechstunde als privat Versicherter auch ersatzweise selbst zu übernehmen.

Ort,

Datum

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten