

Einverständniserklärung

Name des Patienten: _____

1. Videosprechstunde mit arztkonsultation ak GmbH

Die Videosprechstunde ersetzt keinen Praxisbesuch, sondern stellt eine zusätzliche Möglichkeit der Behandlung dar.

2. Kosten der ärztlichen Leistung

Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der Videosprechstunde erbrachte ärztliche/therapeutische Leistung entsprechend der gesetzlichen Vorschriften erfolgt und

eine kassenärztliche Leistung darstellt, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden

oder

im Fall von privat Versicherten eine ärztliche Leistung darstellt, deren Kosten **nicht zwangsläufig** von den privaten Krankenkassen übernommen werden. Es können daher für den Patienten Kosten entstehen.

3. Nutzung des Onlinedienstes

Voraussetzung für die Nutzung des Dienstes durch den Patienten sind eine Internetverbindung, Kamera und Mikrofon sowie eine Anmeldung auf der Internetseite des Dienstes, entsprechend der dem Patienten vom Arzt übermittelten Informationen.

4. Datenschutz

Bei der Vergabe von Terminen ist die Angabe des Namens bzw eines Pseudonyms Pflicht. Für den Versand von Termindetails und Logindaten können Mobilfunknummer und/oder E-Mail-Adresse des Patienten angegeben werden. Diese Daten werden nach Ablauf der Logindaten gelöscht. In Beschreibungsfeldern oder im Chat werden unter Umständen Gesundheitsdaten eingegeben. Daten in Beschreibungsfeldern werden nach 3 Monaten gelöscht. Chatnachrichten werden verschlüsselt übertragen und sind nicht durch die arztkonsultation ak GmbH einsehbar. Der Chatverlauf wird nach Ablauf der Logindaten gelöscht. Bei der Nutzung der Videosprechstunde fallen des Weiteren Termindaten sowie Verkehrsdaten (Speicherdauer 3 Monate) an, die zur Gewährleistung der technischen Funktionalität und zur Abrechnung benötigt werden.

- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meines Names durch die arztkonsultation ak GmbH stimme ich zum angegebenen Zweck zu.
- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Kontaktdaten (E-Mail-Adresse, Mobillfunknummer) durch die arztkonsultation ak GmbH stimme ich zum angegebenen Zweck zu.
- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten, Termindaten sowie Verkehrsdaten durch die arztkonsultation ak GmbH stimme ich zu den angegebenen Zwecken zu.

Als Patient haben Sie gegenüber der arztkonsultation ak GmbH unter anderem das Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten. Ausführliche Informationen zum Thema Datenschutz finden sich auf der Seite <https://app.arztkonsultation.de> unter dem Menüpunkt "Datenschutz". Den Widerspruch gegen die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an die arztkonsultation ak GmbH können sie auch an ihre Ärztin oder ihren Arzt richten.

5. Sonstiges

- Ich versichere, selbst keine Bild- und Tonaufnahmen (Mitschnitte) der Videosprechstunde vorzunehmen.
- Während der Videosprechstunde anwesende Hilfspersonen werden durch mich auf den Geheimnis- und Datenschutz hingewiesen und zu Beginn der Videosprechstunde allen Teilnehmern vorgestellt.

Ort

Datum

Unterschrift Patient

Praxisstempel