

# Einverständniserklärung

## Schriftliche Einwilligung zur Videosprechstunde

Praxis: Psychotherapeutische Praxis Dr. Anja Ozik-Scharf  
Hellingstraße 3  
18057 Rostock

### Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und meinen behandelnden Arzt/Therapeuten 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
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet
- Dem Versicherten wird durch die Praxis ein Zugangscodex je Videosprechstunde mitgeteilt

### Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich, dass

- ich die Rahmenbedingungen für eine störungsfreie Videosprechstunde, laut der mir ausgehändigten Patienteninformation zur Videosprechstunde, erfülle;
- ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen behandelnden Arzt/Therapeuten einwillige;
- die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Handynummer, Terminationdatum) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Facharzt-Sofort-GmbH (Pröllerweg 3, 94339 Leiblfing) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Sind diese Rahmenbedingungen nicht erfüllt, kann der behandelnde Arzt/Therapeut die Videosprechstunde abbrechen.

\* Hinweis: Die Facharzt-Sofort-GmbH hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter

Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/impressum>. Die Datenschutzerklärung der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/datenschutz>.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Cogiel, Luisa  
Name, Vorname des Versicherten

8.8.2003  
Geburtsdatum

Rostock, 15.3.2020  
Ort, Datum

J. Cogiel / P. Ogil  
Unterschrift des Versicherten/  
gesetzlichen Vertreters

Diese Einwilligungserklärung wird in der Praxis des behandelnden Arztes/Therapeuten aufbewahrt.