

Einwilligungserklärung

Vor-und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/ Ort

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

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.
- Bild-und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung eventueller Behandlungs-und Gesundheitsdaten durch die beratende Therapeutin zum Zweck der Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.
- Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeutin und Klient/ Klientin im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.
- meine beratende Therapeutin sowie die RED Medical Systems GmbH für technische Probleme im Rahmen der Videosprechstunde keine Haftung übernehmen.

Es ist mir bekannt, dass

- die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.
- ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Hierfür ist eine mündliche Mitteilung die beratende Therapeutin ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde als zur Kenntnis genommen.)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Klient/Klientin bzw. gesetzlichen Vertreters/Vertreterin)

(Stempel der Praxis)