



Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde

Name, Vorname:

Voraussetzungen:

Für die störungsfreie Videosprechstunde ist es notwendig, dass die folgenden Rahmenbedingungen vom Behandelnden eingehalten werden:

Die Videosprechstunde wird in einem ruhigen, geschlossenen Raum mit ausreichend vorhandenem Licht durchgeführt.

In dem Raum in dem die Videosprechstunde durchgeführt wird, dürfen sich mit Einwilligung des Patienten, außer dem/der Behandelnden ausschließlich befugte Personen aufhalten, die der Schweigepflicht unterliegen.

Es wird geeignete Technik verwendet.

Die Videosprechstunde darf nur stattfinden, wenn der/die Patient*in eine Einwilligungserklärung unterschrieben hat.

Der/die Behandelnde muss zu Beginn der Sitzung die Identität des/der Patient+in anhand von drei Kontrollfragen sicherstellen, falls er/sie mit einem/einer ihm/ihr unbekanntem Patient*in spricht, oder keine Bildübertragung hat.

Der/die Behandelnde muss die Sitzung als letztes verlassen.

- Die oben genannten Voraussetzungen habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich versichere keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.
- Ich wurde über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde darüber informiert, dass während der Videosprechstunde keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Die Teilnahme an der Videosprechstunde kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift