



Einwilligungserklärung Datenschutz

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

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

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.

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.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die betreuenden Therapeutin zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.

Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeutin und Klient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meine Therapeutin ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt im Rahmen der Videosprechstunde.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten, bzw. gesetzl. Vertreters