

Einwilligungserklärung und Datenschutz

zur ergotherapeutischen Videosprechstunde der Ergotherapiepraxis Timmer

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname* _____

Handy-Nummer* _____

E-Mail* _____

Geburtsdatum* _____

Anschrift _____

*Pflichtangabe

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 Videosprechstunde „sprechstunde online“ freiwillig ist und die Nutzung der Software für mich unentgeltlich ist.

Für den Termin zur Videosprechstunde möchte ich per (bitte ankreuzen)

Email

SMS

benachrichtigt werden.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger und privaten Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen und anwesende Personen auf die Schweigepflicht und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde „sprechstunde online“ vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die Ergotherapiepraxis Timmer zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem Therapeuten-Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Therapeuten-Patienten-Kontakt in der Ergotherapiepraxis.

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

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)