

Einwilligung Video- und Telefonsprechstunde (Telemedizin)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Ihnen wurde eine Telefon- oder Online-Videosprechstunde (Telemedizin) angeboten.

In den Sprechstunden laufen die Gespräche zwischen Ihnen und der Ärztin/ dem Arzt ähnlich ab, wie in der gewohnten Sprechstunde; Sie befinden sich nur an getrennten Orten. Der Austausch erfolgt über das Telefon oder dem Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in unser Haus kommen müssen.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer, Tablet oder Smartphone (mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung) reichen aus. Die technische Verbindung läuft über den Videodienstanbieter Medlex GmbH, der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen, auch im „Behandlungszimmer“ bleibt.

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde bzw. Telefonsprechstunde ist für mich und der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt freiwillig.
- Die jeweilige Sprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufs in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Telefon- oder Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Sprechstunde strafrechtlich verboten.
- Vor Beginn der Video- oder Telefonsprechstunde ist zwingend unsere Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

Einwilligungserklärung

(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß 291 g Abs. 4 SGB V der Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte i.V.m. §§ 6 Abs. 1 b), 8, 11 Abs. 2 a) KDG)

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname

E-Mail-Adresse

als gesetzliche:r Vertreter:in für

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:
SPZ am
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut

Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 1326
Fax: 0871 852-1440

www.spz-landshut.de
sekretariat@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwester

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000

Ich bestätige, dass ich über den Ablauf der Telefon- bzw. Videosprechstunde, sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden bin. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig und die Nutzung der Software „Medflex“ 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.
- etwaige Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Telefon- bzw. Videosprechstunde erfolgt.
- die meine Person betreffenden Daten bzw. Daten der gesetzlichen Vertreter (Name, Vorname, Email, Telefonnummer, Termindatum, -art und -dauer) zum Zweck der Durchführung der Telefon- bzw. Videosprechstunde durch uns erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Meine Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt ausreichend. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die oben genannten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Telefon- und Videosprechstunde zu Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreter und des Patienten (ab 14 Jahren)