

# Einverständniserklärung Videosprechstunde

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

## 1. Videosprechstunde mit arztkonsultation ak GmbH

Die Videosprechstunde ersetzt keinen Praxisbesuch, sondern stellt eine zusätzliche Möglichkeit der Behandlung dar.

## 2. Kosten der ärztlichen Leistung

Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der Videosprechstunde erbrachte ärztliche Leistung entsprechend der gesetzlichen Vorschriften erfolgt und

eine kassenärztliche Leistung darstellt, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden

oder

im Fall von privat Versicherten eine ärztliche Leistung darstellt, deren Kosten **nicht zwangsläufig** von den privaten Krankenkassen übernommen werden. Es können daher für den Patienten Kosten entstehen.

## 3. Nutzung des Onlinedienstes

Voraussetzung für die Nutzung des Dienstes durch den Patienten sind eine Internetverbindung, Kamera und Mikrofon sowie eine Anmeldung auf der Internetseite des Dienstes, entsprechend der dem Patienten vom Arzt übermittelten Informationen.

## 4. Datenschutz

Bei der Vergabe von Terminen können für den Versand von Termindetails und Logindaten die Mobilfunknummer und/oder die EMail-Adresse des Patienten angegeben werden. Diese Daten werden nach Ablauf der Logindaten gelöscht.

- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Mobilfunknummer durch arztkonsultation ak GmbH stimme ich zum angegebenen Zweck zu.
- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner E-Mail-Adresse durch arztkonsultation ak GmbH stimme ich zum angegebenen Zweck zu.

Bei der Vergabe von Terminen kann der Arzt einen Beschreibungstext eingeben. Dieser Text kann unter Umständen Gesundheitsdaten enthalten. Diese Daten werden nach 3 Monaten gelöscht. Bei der Nutzung der Chatfunktion können ebenfalls Gesundheitsdaten eingegeben werden. Diese werden verschlüsselt gespeichert und sind nicht durch arztkonsultation ak GmbH einsehbar. Der Chatverlauf wird nach Ablauf der Logindaten gelöscht.

- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch arztkonsultation ak GmbH stimme ich zu den angegebenen Zwecken zu.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage Ihrer widerrufbaren Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist arztkonsultation ak GmbH, Friedensstraße 29, 19053 Schwerin, Telefon: 0385/51830000, info@arztkonsultation.de verantwortlich. Als betroffene Personen stehen Ihnen bestimmte Datenschutzrechte (z.B. Auskunft, Berichtigung und Löschung) zu. Weitere Informationen finden Sie auf der Seite [www.arztkonsultation.de](http://www.arztkonsultation.de) unter dem Punkt "Datenschutz".

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: