

## Schriftliche Aufklärung sowie Einwilligung zur Videosprechstunde durch den Patienten

**Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung**  
der Gemeinschaftspraxis "Hausärzte am Dokters-Pad" Dr. med. Chr. Freese und T. Sickermann  
(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur  
Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag –Ärzte SGB V)

### **Versicherter:**

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Aufklärung des Versicherten**

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (Dr. med. Christiane Freese und Herrn Tobias Sickermann) freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet!

## Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit versichere ich,

- dass ich von Dr. med. Christiane Freese / Herrn Tobias Sickermann entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag –Ärzte SGB V) informiert wurde (s.S.1: „Aufklärung des Versicherten“).

- dass ich einverstanden bin, dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die CGM Elvi, Clickdoc (CGM Medistar), gespeichert und verarbeitet werden.

- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Dr. med. Freese und Herrn Sickermann einwillige.

- dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.

- dass zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.

- dass ich keinerlei Bild- und / oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde anfertigen werde.

- dass evtl. anwesende und vorgestellte Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.

Hinweis: Die CGM Medistar hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Desweiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form und Fristforderungen bei Dr. med. Chr. Freese und T. Sickermann widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter