

Patient*innendaten



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG
Verwaltung des Klinikums
**Department- und
Patientenmanagement**

Einwilligung zur Durchführung einer Videosprechstunde

Patient*innendaten (falls kein Etikett verfügbar)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Im Rahmen der Videosprechstunde verwendete Software

MEONA SPRECHSTUNDE, Meona GmbH, Rathausgasse 48, 79098 Freiburg

Aufklärung

- ▶ Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich 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.
- ▶ Digitale Aufzeichnungen und Mitschnitte jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

- ▶ dass ich vom Universitätsklinikum Freiburg 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 (siehe Abschnitt Aufklärung oben),
- ▶ dass ich in die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Gesundheitsdaten in der Patientenakte im Rahmen der Videosprechstunde durch das Universitätsklinikum Freiburg einwillige,
- ▶ dass die mich betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termination, -art und -dauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die o. g. Softwarefirma erhoben, verarbeitet und bis zum Vertragsende gespeichert werden. **Hinweis:** Die Softwarefirma hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Einwilligung bei Ihrer u. g. behandelnden Ärztin/ Ihrem u. g. Arzt zu widerrufen. In Folge Ihres Widerrufs werden Ihre Daten bei der Softwarefirma gelöscht. Der Widerruf Ihrer Einwilligung erfolgt für die Zukunft. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erhobenen Daten bleibt davon unberührt.

Datum

X

Unterschrift Patient*in

ärztliche Unterschrift und Stempel

Ich handle als Vertreter*in
mit Vertretungsmacht /
gesetzl. Vertreter*in /
Betreuer*in

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

X

Unterschrift Vertreter*in