



Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung
(nach Maßgabe §3 der Vereinbarung zu Anforderungen an technische Verfahren zur
Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag - Ärzte SGB V)

Hiermit erkläre ich, _____, mich als gesetzlicher Vertreter des
Name, Vorname

Kindes/ Jugendlichen _____, geboren am _____
Name, Vorname

mein Einverständnis zur Behandlung über Videosprechstunde.

Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den mich behandelnden Arzt freiwillig. Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen stattzufinden, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen. 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.

Ich bin einverstanden mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch den behandelnden Arzt.

Ich willige ein, dass die persönlichen Daten zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch **CGM CompuGroup Medical AG, Maria Trost 21, 56070 Koblenz** und **RED Medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80687 München** erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Diese Firmen haben keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, Gesprächsinhalte, zeichnen keine Videosprechstunden auf und leiten keine Daten an Dritte weiter.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei meinem Leistungserbringer widerrufen.

Ort, Datum

 Vater Mutter Vormund

ab dem 14. Geburtstag des Jugendlichen: _____