

Einverständniserklärung

Name des Patienten: _____

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/therapeutische 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 E-Mail-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.

Als Patient haben Sie das Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten. Ausführliche Informationen zum Thema Datenschutz finden sich auf der Seite www.arztkonsultation.de unter dem Menüpunkt "Datenschutz".

5. Sonstiges

- Ich versichere, selbst keine Bild- und Tonaufnahmen (Mitschnitte) der Videosprechstunde vorzunehmen.
- Während der Videosprechstunde anwesende Hilfspersonen werden durch mich auf den Geheimnis- und Datenschutz hingewiesen und zu Beginn der Videosprechstunde allen Teilnehmern vorgestellt.

Ort Datum

Unterschrift Patient

Praxisstempel



Dr. med. Christine Jakobos
Ärztliche Psychotherapeutin
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Wettorstraße 13 · 31785 Hameln