

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer telemedizinischen Leistung

Ihre Daten

Name des Patienten: _____

Praxis für Logopädie und Stimmbildung, Martina Stingel, Rathausring 20, 79790 Küssaberg

Verwendung

Aufgrund der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie sind wir darauf bedacht, die Versorgung in dieser außerordentlichen Situation zu erleichtern und aufrecht zu erhalten.

Wir bieten daher kurzfristig telemedizinische Leistungen (Videobehandlung oder telefonische Beratung) für jene Behandlungen an, die sich aus therapeutischer Sicht im Rahmen dieser Behandlungsform erbringen lassen.

Für die Teilnahme an einer Videobehandlung arbeitet unsere Praxis mit einem Dienstleister zusammen, der eine ausreichend sichere Verschlüsselung vorhält.

App.sprechstunde.online ,Red medical (Datenverarbeitung findet in Deutschland statt)

Mehr therapeutische Möglichkeiten (geteilter Bildschirm und momentan weniger überlastete Systeme) bietet Zoom, diese haben sich per Mitgliedschaft in privacy shield auf die Datenschutzregelungen der EU verpflichtet.

Ich wünsche eine Behandlung per Zoom:

ja nein

Im Rahmen der einer vertrauensvollen Behandlung, sorgen wir dafür, dass die Privatsphäre, der Datenschutz und das Patientengeheimnis gewahrt werden.

Sie und wir stellen sicher, dass keine weitere Person mithören kann. Wir werden die Behandlung nicht aufzeichnen und auch Ihnen ist die Aufzeichnung der Behandlung nicht gestattet. Für die Durchführung der telemedizinischen Leistung benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung. Diese Einwilligung gilt für die Dauer der Behandlung.

Datenschutz

Bei Behandlung durch telemedizinische Leistungen verarbeiten wir Gesundheitsdaten von Ihnen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Weitere Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu Ihren Rechten, finden Sie auf unserer Homepage.

Freiwilligkeit

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten haben. Diese Einwilligung können Sie jederzeit in Textform (z.B. per E-Mail an uns) widerrufen.

Erklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung ein.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Patienten ist die Unterschrift der Sorgeberechtigten notwendig)