

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Videobehandlung

Hiermit erkläre ich:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße	PLZ	Wohnort
--------	-----	---------

E-Mail-Adresse	Telefonnummer
----------------	---------------

Ausreichend über den Ablauf der physiotherapeutischen/ heilpraktischen Videobehandlung Videobehandlung sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtlichen Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videobehandlung freiwillig ist und von mir selbst bezahlt werden muss, unabhängig davon, ob eine private Krankenversicherung mir die Kosten nur teilweise oder nicht erstattet.

Ich versichere, dass

- die Videobehandlung in einem geschlossenen Raum und ruhiger Umgebung stattfindet, damit die Behandlung ungestört und unter Gewährleistung der Datensicherheit erfolgt.
- anwesende Personen im Raum zu Beginn vorgestellt werden.
- anwesende Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden.
- ich keine Bild-/ und/oder Tonaufzeichnungen mache.
- mir die technisch erforderlichen Voraussetzungen für die Nutzung der Videobehandlung zur Verfügung stehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Termin mit Datum, Uhrzeit und Dauer) zur Dokumentation der stattgefundenen Videobehandlung gespeichert werden. Diese Daten dienen einzig zu Dokumentationszwecken und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Physiotherapeuten ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient)