Einverständniserklärung

Name der Person: _____

1. Nutzung der Videosprechstunde

Die Videosprechstunde ersetzt keinen persönlichen Termin vor Ort, sondern stellt eine zusätzliche Möglichkeit der Beratung und Betreuung dar.

2. Kosten der Leistung

Die teilnehmende Person wurde darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der Videosprechstunde erbrachte Leistung entsprechend der gesetzlichen Vorschriften erfolgt und:

- im Fall einer gesetzlichen Krankenversicherung eine erstattungsfähige Leistung darstellt, deren Kosten von den Krankenkassen übernommen werden,

oder

- im Fall einer privaten Versicherung eine Leistung darstellt, deren Kosten nicht zwangsläufig von der Versicherung übernommen werden. Es können daher Kosten entstehen.

3. Nutzung des Onlinedienstes

Voraussetzung für die Nutzung des Dienstes ist eine Internetverbindung, eine Kamera und ein Mikrofon sowie eine Anmeldung auf der entsprechenden Plattform gemäß den bereitgestellten Informationen.

4. Datenschutz

Zur Terminvergabe ist die Angabe des Namens oder eines Pseudonyms erforderlich. Für den Versand von Termindetails und Logindaten können eine Mobilfunknummer und/oder E-Mail-Adresse hinterlegt werden. Diese Daten werden nach Ablauf der Logindaten gelöscht.

In Beschreibungsfeldern oder im Chat können Gesundheitsdaten eingegeben werden. Diese werden nach 3 Monaten gelöscht. Chatnachrichten werden verschlüsselt übertragen und sind nicht durch den Anbieter einsehbar.

Der Chatverlauf wird nicht gespeichert. Zusätzlich fallen Termindaten sowie Verkehrsdaten (Speicherdauer 3 Monate) an, die zur technischen Funktionalität und Abrechnung benötigt werden.

☐ Ich stimme der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zu den angegebenen Zwecken durch arztkonsultation ak GmbH zu.

Als teilnehmende Person habe ich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung meiner personenbezogenen Daten. Ausführliche Informationen zum Datenschutz sind auf der jeweiligen Plattform und auf der Seite https://app.arztkonsultation.de unter dem Menüpunkt "Datenschutz" abrufbar.

Ein Widerspruch gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten kann an die betreuende Einrichtung gerichtet werden. Es besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

5. Sonstiges

- Ich versichere, keine Bild- oder Tonaufnahmen (Mitschnitte) der Videosprechstunde vorzunehmen.
- Falls während der Videosprechstunde weitere Personen anwesend sind, werde ich diese auf den Geheimnis- und Datenschutz hinweisen und sie zu Beginn der Sitzung allen Beteiligten vorstellen.

Stempel der Einrichtung (falls erforderlich)

Ort Datum

Unterschrift der teilnehmenden Person

arztkonsultation ak GmbH
Schusterstraße 3
19055 Schwerin
Geschäftsführer:
Jan Zeggel

Tel. +49385 5183 000-0
Fax +49385 5183 000-9
info@arztkonsultation.de
https://arztkonsultation.de/
Amtsgericht: Schwerin HRB 13032

Sparkasse Vorpommern
IBAN: DE81 1505 0500 0102 1386 48
BIC: NOLADE21GRW
St.-Nr.: 090/105/01315
USt-IdNr.: DE313800050