

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



Einwilligung für die Videosprechstunde

Um Fahrten und Kontakte zu verringern, wird mir die Möglichkeit der **Video-Sprechstunde und ggf. die Nutzung des Online-Kalenders** angeboten. Diese möchte ich gerne nutzen. Die Videosprechstunde ist als Ergänzung gedacht und ersetzt nicht den persönlichen Arzt-Patientenkontakt. Ich kann die Videosprechstunde allein oder unter Hilfestellung durch Wundmanager, Pflegedienst oder anderen an der Behandlung Beteiligter in Anspruch nehmen.

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.

Bei der Vergabe von Terminen oder bei Nutzung der Chatfunktion kann der Arzt einen Beschreibungstext eingeben, der evt. Gesundheitsinformationen enthält. Diese werden verschlüsselt gespeichert und sind nicht durch arztkonsultation ak GmbH einsehbar. Diese Daten werden nach 3 Monaten gelöscht. Der Chatverlauf wird nach Ablauf der Logindaten gelöscht.

Der oben beschriebenen Erhebung, Speicherung und Verarbeitung

..... meiner Mobilfunknummer

..... meiner E-Mail-Adresse

..... meiner Gesundheitsdaten

durch arztkonsultation ak GmbH stimme ich zu.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage Ihrer widerrufbaren Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist arztkonsultation ak GmbH, Friedensstraße 29, 19053 Schwerin, Telefon: 0385/51830000, info@arztkonsultation.de verantwortlich. Als betroffene Personen stehen Ihnen bestimmte Datenschutzrechte (z.B. Auskunft, Berichtigung und Löschung) zu. Weitere Informationen finden Sie auf der Seite www.arztkonsultation.de unter dem Punkt "Datenschutz".

Ich versichere, dass ich geschäftsfähig bin und keine Betreuung vorliegt, sofern ich diese Erklärung selbst unterzeichne.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter