



Dr. med. Christopher Pilz
Dr. med. Ingeborg Flügel
Ioana Hoff

Neurologisch-psychiatrische Praxis P7,1

Neurologisch-psychiatrische Praxis P7,1 | 68161 Mannheim

Herr/Frau
Name des Pat
Straße Hausnr.
PLZ Ort

- EEG, EMG, NLG
- Evozierte Potentiale
- Extra- und Transkranielle Dopplersonographie
- Farbduplexsonographie
- Demenz-Diagnostik
- MS-Zentrum

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -Verarbeitung und -Nutzung bei Durchführung einer Videobehandlung

und Aufklärung des Versicherten (nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass Gesprächsleistungen auch als Videosprechstunde erbracht werden können, unter Berücksichtigung geltender Datenschutzregelungen.

Die Teilnahme an Videosprechstunden ist grundsätzlich freiwillig. Meine Praxis arbeitet mit dem von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Anbieter „CLICKDOC“ zusammen, der eine sichere Ende-zu-Ende Verschlüsselung vorhält. Der Videodienstleister kann die Inhalte des Prozesses nicht einsehen und nicht speichern. Für eine vertrauensvolle Behandlung, Gewährleistung des Datenschutzes und Wahrung der Patientenrechte findet die Videosprechstunde in geschlossenen Räumen statt. Beide Teilnehmer sorgen für einen störungsfreien Verlauf und stellen sicher, dass niemand mithören kann. Aufzeichnungen jeglicher Art von Videobehandlungen ist weder von Ihnen, vom Arzt oder Anderen erlaubt.

Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt eine kurze Vorstellung, eine mündliche Aufklärung und Sie haben die Gelegenheit etwaige Fragen zur Videobehandlung zu klären.

Meine Zustimmung gilt für den gesamten Behandlungszeitraum (ggf. mehrere Videobehandlungen je nach Vereinbarung) kann aber jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Name des Pat (geb. Geburtsdatum) /
gesetzl. Betreuer/in