



*Gemeinschaftspraxis Dr. Holländer und Dr. Noll,
Kronenstraße 12-14, 66955 Pirmasens*

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde mit CLICKDOC powered by CGM ELVI

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

Name, Vorname der Patientin _____

Geburtsdatum der Patientin _____

Informationen zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig.
- Sie benötigen für die Videosprechstunde einen Computer, ein Tablet oder ein Smartphone mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher (bzw. Headset) sowie eine Internetverbindung und gute Beleuchtung.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufs in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.
- Durch die browserbasierte Software CLICKDOC powered by CGM ELVI werden keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert oder weiterverarbeitet. Die zugehörige Datenschutzerklärung der CompuGroup Medical SE können Sie in der Praxis einsehen.
- Sie können Ihre Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen und ohne besondere Form- oder Fristforderungen schriftlich widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Ich erkläre, dass

- ich die oben aufgeführten Informationen erhalten und verstanden habe,
- ich selbst und/oder Dritte keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzeichne(n),
- ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch die Gemeinschaftspraxis Dr. Holländer und Dr. Noll einwillige.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Patientin _____