

Liebe Patientin, lieber Patient,

.....

unsere Hausarztpraxis bietet Ihnen die Möglichkeit, ärztliche Gespräche und bestimmte Behandlungen auch als **Videosprechstunde** durchzuführen.

Hierfür nutzen wir den Videodienst **medflex**. Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig. Wenn eine persönliche Untersuchung in der Praxis medizinisch erforderlich ist, kann eine Videosprechstunde diese nicht ersetzen.

1. Ablauf der Videosprechstunde

Für die Videosprechstunde erhalten Sie von unserer Praxis einen persönlichen Zugangslink. Sie benötigen dafür einen Computer, ein Tablet oder Smartphone mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine ausreichende Internetverbindung.

Vor Beginn der Videosprechstunde kann eine Identitätsprüfung erforderlich sein. Während der Videosprechstunde können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt vertraulich über Ihre gesundheitlichen Beschwerden, Diagnosen, Befunde und Behandlungen sprechen.

2. Verarbeitung meiner personenbezogenen und Gesundheitsdaten

Mir ist bekannt, dass im Rahmen der Videosprechstunde personenbezogene Daten und **Gesundheitsdaten** verarbeitet werden.

Hierzu können insbesondere gehören:

- Name und Vorname
- E-Mail-Adresse bzw. Telefonnummer, soweit für die Einladung erforderlich
- Angaben, die ich im Rahmen der Terminvereinbarung oder Videosprechstunde mache
- Inhalte der Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt
- technische Verbindungsdaten, insbesondere Datum, Uhrzeit und Dauer der Videosprechstunde
- technische Informationen zur Verbindung und zum verwendeten Endgerät

Die von mir während der Videosprechstunde übermittelten medizinischen Angaben werden verschlüsselt übertragen und sind für die Behandlung vorgesehen.

Nach den Angaben von medflex werden die Daten auf Servern in Deutschland gespeichert. Die Übertragung erfolgt verschlüsselt. Daten zu Videoterminen werden nach den aktuellen Datenschutzhinweisen von medflex grundsätzlich **90 Tage** gespeichert; für bestimmte weitere Kommunikationsdaten gelten abweichende Speicherfristen.

3. Keine Aufzeichnung der Videosprechstunde

Die Videosprechstunde wird **nicht zu Ton- oder Videoaufzeichnungszwecken aufgezeichnet**.

Eine Aufzeichnung durch die Praxis oder durch mich selbst ist ohne entsprechende ausdrückliche Zustimmung der jeweils betroffenen Person nicht zulässig.

4. Datenschutz und Vertraulichkeit

Die Videosprechstunde soll grundsätzlich unter denselben Anforderungen an Vertraulichkeit und Datenschutz stattfinden wie ein persönliches Arztgespräch.

Ich verpflichte mich deshalb, die Videosprechstunde an einem geschützten Ort durchzuführen und dafür zu sorgen, dass keine unbefugten Personen mithören oder zusehen können.

Auch die Ärztin bzw. der Arzt führt die Videosprechstunde in einer geschützten Umgebung durch.

5. Freiwilligkeit und Widerruf

Meine Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig. Mir entstehen durch die Nichtteilnahme keine Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Nach einem Widerruf kann die Behandlung weiterhin über die üblichen Kommunikationswege bzw. in der Praxis erfolgen.

6. Datenschutzinformationen von medflex

Ich habe die Möglichkeit, die ausführlichen Datenschutzhinweise von medflex einzusehen:

Datenschutzerklärung von medflex: <https://medflex.de/wp-content/uploads/2023/04/AGB-Patient-Einverstaendniserklaerung-pdf.pdf>

Mir ist bekannt, dass medflex als technischer Dienstleister die Plattform für die Videosprechstunde bereitstellt. Die medizinische Behandlung und die ärztliche Dokumentation erfolgen weiterhin durch meine Hausarztpraxis.

7. Meine Einwilligung

Ich habe die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zur Videosprechstunde und zur Verarbeitung meiner personenbezogenen und Gesundheitsdaten zu stellen.

Ich willige freiwillig in die Durchführung von Videosprechstunden mit meiner Hausarztpraxis über den Videodienst medflex sowie in die hierfür erforderliche Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten ein.

☐ **Ja, ich willige in die Videosprechstunde ein.**

☐ **Nein, ich möchte keine Videosprechstunde nutzen.**

Patientin/Patient

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient

Bei Minderjährigen: Name und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten:

Name der/des Sorgeberechtigten: _____