

Dr. med. Sebastian Irmer

- Facharzt für Innere Medizin
- Hämatologie / Onkologie
- Notfallmedizin

Dr. med. Martin Schlaeth

(angest. Arzt)

- Facharzt für Innere Medizin
- Hämatologie / Onkologie

Dörte Paulsen

- Fachärztin für Allgemeinmedizin
- Palliativmedizin
- Psychotherapie

Arnd Kummerfeldt

- Facharzt für Allgemeinmedizin

Carola Krause (angest. Ärztin)

- Fachärztin für Innere Medizin
- Notfallmedizin

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung der Praxis für Allgemeine und Innere Medizin Eckernförde (nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Versicherter Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Mobilfunknummer od. Email für das genutzte Endgerät: _____

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. dem u.g. mich behandelnden Arzt) freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes 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.

Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom u.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag - Ärzte SGB V) informiert wurde (s.o. Aufklärung des Versicherten).
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt oder Ärztin) einwillige.

- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die CLICKDOC CGM ELVI durch La-Well Systems GmbH, Hartwig-Mildenberg-Straße 5-9, 32257 Bünde, info.la-well@cgm.de Tel.: 05 22 3-49 19 28 6; nachfolgend - CLICKDOC CGM ELVI -) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- Hinweis: CLICKDOC CGM ELVI hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/
gesetzlichen Vertreters

Unterschrift und Stempel des Arztes der
Praxis für Allg. und Innere Medizin