

- D. Paulsen
- Fachärztin für Allgemeinmedizin
  - Palliativmedizin
  - Psychotherapie
- A. Kummerfeldt
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Dr. med. A. Vejvoda-Köhler
- Fachärztin für Allgemeinmedizin
  - Hypertensiologie-DHL
- Dr. med. S. Irmer
- Facharzt für Innere Medizin
  - Hämatologie/Onkologie
  - Notfallmedizin
- L. Olbrich
- Facharzt für Innere Medizin
  - Geriatrie
  - Hausärztl. Versorgung (Angest. Arzt)

Eckernförde, den 31.03.2020

**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