

## **Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen von Videosprechstunden**

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

### **Versicherte Person:**

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

### **Aufklärung der versicherten Person:**

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer Dr. med. Fabian Treusch 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 der versicherten Person:**

Hiermit erkläre ich,

- dass ich von Dr. Fabian Treusch entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung einer Videosprechstunde nach Maßgabe von § 3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä SGB V) informiert wurde (siehe oben: Aufklärung der versicherten Person).
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Dr. med. Fabian Treusch einwillige.
- dass mir bewusst ist, dass mein Name sowie der Zeitpunkt und die Dauer der Videosprechstunde von der arztkonsultation ak GmbH (Friedensstr. 29, 19053 Schwerin) zum Zweck der Durchführung und der Abrechnung der Videosprechstunde für drei Monate gespeichert werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Einhaltung einer Frist widerrufen kann.

---

Datum, Ort

Unterschrift der versicherten Person