

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde

Bitte reichen Sie das ausgefüllte und von allen Sorgeberechtigten unterschriebene Formular mind. 48Std. vor dem ersten Termin zur Videosprechstunde im Original ein. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist dies per Mail nicht zulässig.

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Behandlung bzw. Beratung in der Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt wird.

Mir / Uns ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig ist und diese den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in geeigneten Fällen ergänzen oder ersetzen kann. Meine / Unsere Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung und hat keine Nachteile für die weitere Behandlung.

### Informationen zur Videosprechstunde

Die Videosprechstunde wird über den zertifizierten Anbieter *Viomedi* durchgeführt.

Für die Organisation und Durchführung der Videosprechstunde werden die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeitet. Hierzu gehören insbesondere:

- Name der Patientin / des Patienten,
- E-Mail-Adresse für die Übermittlung der Zugangsdaten, technische Verbindungsdaten, soweit diese für die Durchführung der Videosprechstunde erforderlich sind.

Die Verarbeitung und Speicherung dieser Daten erfolgt durch *Viomedi* ausschließlich im erforderlichen Umfang zur Bereitstellung der Videosprechstunde.

Der Einladungslink sowie der Zugangscode werden an die unten angegebene E-Mail-Adresse versendet.

Die Datenübertragung erfolgt verschlüsselt über eine gesicherte Verbindung. Die eingesetzte Plattform erfüllt die geltenden datenschutzrechtlichen Anforderungen, insbesondere die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Eine Aufzeichnung der Videosprechstunde durch die Praxis erfolgt nicht. Ebenso verpflichten sich die Patientin / der Patient sowie die Sorgeberechtigten, ohne ausdrückliche Zustimmung der behandelnden Ärztin keine Bild-, Ton- oder Videoaufzeichnungen anzufertigen.

### Datenschutzhinweis

Die ausführlichen Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), insbesondere zu den Verantwortlichen, den Rechtsgrundlagen, den Empfängern der Daten, den Speicherfristen sowie Ihren Betroffenenrechten, sind der Datenschutzerklärung der Praxis zu entnehmen.

Ich bestätige / Wir bestätigen, dass ich / wir diese Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen habe(n).

# KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

---

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

## Einwilligung

Ich willige / Wir willigen ein,

- dass die Videosprechstunde über den Anbieter *Viomedi* durchgeführt wird,
- dass die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Praxis sowie durch Viomedi verarbeitet werden
- dass der Einladungslink und der Zugangscode an die nachfolgend angegebene E-Mail-Adresse übermittelt werden.

**E-Mail-Adresse für die Videosprechstunde**

---

## Angaben zur Patientin / zum Patienten

---

Patient:in; Name; Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Anschrift

## Zustimmung bei Volljährigkeit

Bei volljährigen Patientinnen und Patienten ist ausschließlich die Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in

# KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

---

PATIENT:IN (Name, Vorname und Geburtsdatum)

## **Zustimmung der Sorgeberechtigten**

SORGEBERECHTIGT 1

---

Name; Vorname; Geb.Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

SORGEBERECHTIGT 2

---

Name; Vorname; Geb.Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## **Zusätzliche Zustimmung Jugendlicher ab dem 16. Lebensjahr**

Bei Jugendlichen ab Vollendung des 16. Lebensjahres ist zusätzlich die eigene Zustimmung erforderlich:

---

Name des Jugendlichen / der Jugendlichen

---

Unterschrift Jugendliche/r (ab 16 Jahre)

---

Ort, Datum

## **Hinweis zur Durchführung der Videosprechstunde**

Die Entscheidung, ob eine Videosprechstunde im Einzelfall medizinisch geeignet und verantwortbar ist, wird von der behandelnden Ärztin individuell unter Berücksichtigung der jeweiligen Fragestellung und der persönlichen Behandlungssituation getroffen. Ein Anspruch auf die Durchführung einer Videosprechstunde besteht nicht. Sofern eine persönliche Vorstellung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, erfolgt die Behandlung in der Praxis.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Einverständniserklärung auszufüllen. Mit Ihrer Unterschrift tragen Sie dazu bei, die gesetzlichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben zur Durchführung der Videosprechstunde einzuhalten und eine sichere Behandlung zu gewährleisten. Dies ist die Voraussetzung zur Durchführung einer Videosprechstunde.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihr Vertrauen.

**Ihre Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior**