

Einwilligung Datenschutz Videosprechstunde

Hiermit willige ich _____

(Name des/der Patient*in, Geb.-Datum)

Gesetzlich vertreten durch _____;

(Name des(r) Sorgeberechtigten, bei gemeinsamen Sorgerecht beide Namen der Sorgeberechtigten notwendig)

in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner folgenden Gesundheitsdaten:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Krankenversicherung; Krankenversicherungsnummer
- Anamnese, Diagnose, Therapievorschlage, Befunde
- Terminationdatum
- Terminationdauer
- Terminart
- ... (falls weitere Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden)

durch **Niklas Menke** (Name Psychotherapeut) und ggf. durch dessen/deren Praxismitarbeiter*innen ein.

Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zur Durchführung der Videosprechstunde durch den/die Anbieter*in der Videosprechstunde Red Medical Systems GmbH (Name der Firma).

Die Gesundheitsdaten werden von dem/der Psychotherapeut*in solange aufbewahrt, wie dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und zur Durchführung der Behandlung notwendig ist. Entsprechend der rechtlichen Vorgaben speichert der/die Psychotherapeut*in Ihre Gesundheitsdaten nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses. Der/die Psychotherapeut*in ist vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, entsprechende Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung (letzter Kontakt zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in) aufzubewahren. Die Speicherung der Daten erfolgt auf meiner Praxis-IT.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Durchführung der Videosprechstunde. Diese kann ohne die Bereitstellung der notwendigen Informationen durch Sie nicht erfolgen.

Diese Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Ich nehme zur Kenntnis, dass mir folgende Rechte zustehen:

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO kann die einmal erteilte Einwilligung von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Widerrufserklärung ist schriftlich an den/die

Psychotherapeut*in zu richten. Dies hat zur Folge, dass die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortgeführt werden darf;

- gemäß Art. 15 DSGVO kann ich Auskunft über die verarbeiteten Gesundheitsdaten verlangen. Insbesondere kann ich Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der Gesundheitsdaten, die Kategorien von Empfänger*innen, gegenüber denen meinen Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft meiner Daten, sofern diese nicht bei dem Leistungserbringer erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;
- gemäß Art. 16 DSGVO kann ich unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder die Vervollständigung bei dem/der Psychotherapeut*in gespeicherten Gesundheitsdaten verlangen;
- gemäß Art. 17 DSGVO kann ich die Löschung der bei dem/der Psychotherapeut*in gespeicherten Gesundheitsdaten verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DSGVO kann ich die Einschränkung der Verarbeitung der Gesundheitsdaten verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von mir bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, ich aber deren Löschung ablehne und der Leistungserbringer die Daten nicht mehr benötigt oder ich gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt habe;
- gemäß Art. 20 DSGVO kann ich meine Gesundheitsdaten, die ich bereitgestellt habe, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen verlangen und
- mich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. In der Regel kann ich mich hierfür an die Aufsichtsbehörde meines üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder der Praxis des Leistungserbringers wenden.

Hinweis: Der/die Anbieter*in der Videosprechstunde (Name Red Medical Systems GmbH) hat keinen Zugriff auf Ihre Gesundheitsdaten oder die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Unterschrift Patient*in

Mannheim, den

Unterschrift Psychotherapeut

Mannheim, den

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) (1)

Mannheim, den

Unterschrift Sorgerechtigte(r) (2)

Mannheim, den