
Fragebogen zu Schweigepflicht und Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wie Sie wissen, unterliegen wir zu Ihrem Schutz den Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht und zum Datenschutz. Ohne Ihr Einverständnis dürfen wir – bis auf wenige gesetzlich geregelte Ausnahmen – keine persönlichen Informationen insbesondere zu Ihrer Behandlung bei uns an Dritte weitergeben.

Bitte unterstützen Sie uns, damit wir nach Ihren Wünschen handeln können:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

1. Kontaktdaten: Wie können und dürfen wir Sie bei Rückfragen und dringenden Informationen erreichen:

Telefon: Fax:

Handy/Mobil:

E-Mail:

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass E-Mails, SMS, Messenger, WhatsApp und ähnliche Datendienste zum Teil unverschlüsselt sind und damit Ihre Daten praktisch über das Internet öffentlich werden können.

2. Angehörige und Kontaktpersonen

- Meinen unten angegebenen Angehörigen und ggf. unten genannten Kontaktpersonen gegenüber dürfen Sie Auskunft über meine Behandlung erteilen und bei Bedarf notwendige Unterlagen (Rezepte, Bescheinigungen, Befunde) aushändigen.
- Meine unten genannten Kontaktpersonen dürfen Sie über Termine und Terminänderungen informieren.

Name und Anschrift der berechtigten angehörigen Person(en):

Wir nutzen das Videokonferenzsystem Zoom und für die Videosprechstunde „sprechstunde online“. Bei Zoom können personenbezogene Daten in Drittländer übermittelt werden. Der Anbieter (Zoom) garantiert die Sicherheit der Verarbeitung mittels Zertifizierung im US-Privacy-Shield bzw. durch den bilateralen Abschluss der EU-Standartvertragsklauseln.

3. Haus- und Facharzt

- Ich erlaube Ihnen die Kommunikation mit anderen Ärzten, z.B. Fachärzten und Klinikärzten, Apotheken, Pflegediensten und anderen medizinischen Einrichtungen, zur Erteilung notwendiger Auskünfte und bei Bedarf die Weitergabe der für mich ausgestellten Rezepte und Unterlagen. Ich stimme ausdrücklich zu, dass die Praxis Halbfas/Theine zum Zwecke meiner Beratung und Behandlung erforderliche Befunde bei allen mich behandelnden Haus- und Fachärzten anfordern darf.**

4. Belehrung und Widerruf

Diese Einwilligung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit über unsere Praxis verändern oder widerrufen. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass Ihr Widerruf sich nicht mehr auf gegebenenfalls vor Ihrem Widerruf übermittelte Daten auswirken kann.

Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung der Diabeteschwerpunktpraxis Drs. Theine/Spangenberg (Videosprechstunde/-schulung)
(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Versicherter: Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail Adresse: _____

Aufklärung des Versicherten

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde/-schulung ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. dem u.g. mich behandelnden Arzt) freiwillig.
- Die Videosprechstunde/-schulung hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- Zu Beginn der Videosprechstunde/-schulung hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde/-schulung nicht gestattet.

Einverständniserklärung des Versicherten

Hiermit erkläre ich,

- dass ich vom u.g. Leistungserbringer entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde/-schulung (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31b 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/-schulung durch meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt) einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termination, Terminart und Termination) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch ZOOM erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termination, Terminart und Termination) zum Zweck der Durchführung der Videoschulung durch die *Zoom Video Communications (55 Almaden Blvd, Suite 600 San Jose, Kalifornien (95113), USA)* nachfolgend (-Zoom-) erhoben, oder durch die *sprechstunde.online GmbH (Im Teelbruch 118 45219 Essen)* gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis: *Zoom oder Sprechstunde online* hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden/-schulung 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.

Unterschrift des Versicherten / ges. Vertreters