



**Einverständniserklärung zur Datenerhebung,  
-verarbeitung und -nutzung der Hausarztpraxis CHOTZIDIS**

(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: \_\_\_\_\_

**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 von Herr Chotzidis 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 Herr Chotzidis einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die Deutsche Arzt AG (Im Teelbruch 122, 45219 Essen), gespeichert und verarbeitet werden.
- Hinweis: Die Deutsche Arzt AG 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 des Arztes