



## **Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung des diagnosticum Zentrum für Humangenetik**

(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 beratenden 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 vom u.g. Leistungserbringer 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 meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt) einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Terminatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch RED Medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80687 München, erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.
- Hinweis: RED Mecial Systems 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

Frankfurt am Main, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/  
gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt