

Datenschutzhinweis und Einwilligung für die Videobehandlung



Patientenname: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

in einer Empfehlung vom 18.03.2020 haben die Kassenverbände auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband die Abgabe von Heilmitteln im Wege der Telemedizin (Videobehandlung) für zulässig erklärt. Dies dient zum einen der Sicherung Ihrer Versorgung als auch der Gesunderhaltung unserer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Sie haben bereits die allgemeinen Informationen zum Datenschutz unserer Praxis erhalten. Zusätzlich gilt für die Durchführung einer Videobehandlung Folgendes:

Die Videobehandlung erfordert die Verarbeitung folgender Datenkategorien durch unsere Praxis: werden folgende Datenkategorien durch unsere Praxis verarbeitet: Name, Vorname, Geburtsdatum, Email Adresse, Termin mit Datum und Uhrzeit und Behandlungsdauer.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. A DSGVO).

Empfänger Ihrer Daten ist ggf. Skype, Jitsi und Chromebrowser, über welchen die Videobehandlung durchgeführt wird. Ihre Daten werden hierbei nur soweit gespeichert, wie dies für die Durchführung der Videobehandlung (Übertragung) erforderlich ist. Soweit es uns möglich ist, gewährleisten wir sowohl die Datensicherheit als auch einen störungsfreien Ablauf der Sitzungen.

Im Bezug auf den gewählten Videodienst haben wir uns bemüht eine datenschutzrechtlich geprüfte und zertifizierte Variante gewählt zu haben, die sicherstellt, dass die Verbindung „End to End“ verschlüsselt, direkt und ohne Zwischenserver stattfindet. Alle Metadaten müssen nach spätestens drei Monaten gelöscht werden und dürfen nur für die zur Durchführung der Videobehandlung notwendigen Abläufe genutzt werden.

Die einzelnen Videobehandlungen werden von uns ausschließlich in geschlossenen Räumen ausgeführt, um Ihre Privatsphäre zu gewährleisten. Alle zum Zeitpunkt der Behandlung anwesenden Personen werden Ihnen benannt. Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Sitzungen für beide Seiten nicht gestattet.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen bei uns zu widerrufen. Dies würde auch nicht zu einem Abbruch oder Ablehnung der Behandlung in unserer Praxis führen.

Ort/Datum

Patient/in – Bevollmächtigter – Sorgeberechtigter*

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder das er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.