

Praxis-Weiherwiesen
Diabetologische Schwerpunktpraxis
Dr. Marion Uhlmann & Dr. Andrea Schneider
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin
Am Pflaster 13, 63654 Büdingen

kontakt@praxis-weiherwiesen
Tel: 06042 5999777
Fax 06042 5999779

Aufklärung und Einverständniserklärung

zur Online-Videosprechstunde
und Online-Diabetes-Videoschulung

nach Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a
Satz 7 Sozialgesetzbuch V

Patienten-Name _____ Geburtsdatum _____

Aufklärung des/ der Versicherten:

1. Die Videosprechstunde ersetzt keinen Praxisbesuch, sondern stellt eine zusätzliche Möglichkeit der Behandlung dar.
2. Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig.
3. Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
4. Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen und Sie bekommen die Gelegenheit offene Fragen zur Videosprechstunde zu stellen.
5. Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde und auch in den Online-Diabetesschulungen nicht gestattet.

Einverständniserklärung des/der Versicherten: Hiermit erkläre ich, dass ich von der Praxis Weiherwiesen Dr. Schneider & Dr. Uhlmann entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde informiert wurde und ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch die Praxis einwillige. Hiermit erkläre ich zudem, dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer), zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde/ Schulung gespeichert und verarbeitet werden. Hinweis: Meine Zustimmung gilt für den gesamten Betreuungszeitraum durch die Praxis. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei in der Praxis widerrufen kann. Ich wurde darüber informiert, dass im Falle gesetzlich Versicherter, die Kosten der Videosprechstunde/ Diabetesschulung von den gesetzlichen Krankenkassen voll übernommen werden.

Datum _____

Unterschrift Patient/ Patientin