

Einverständniserklärung

1. Onlinekonsultation über arztkonsultation.de

Die Videosprechstunde ersetzt keinen Praxisbesuch, sondern stellt eine zusätzliche Möglichkeit der Behandlung dar.

2. Kosten der ärztlichen Leistung

Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der Videosprechstunde erbrachte ärztlichen Leistung entsprechend der gesetzlichen Vorschriften erfolgt und

- eine kassenärztliche Leistung darstellt, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden

oder

- im Fall von privat Versicherten eine ärztliche Leistung darstellt, deren Kosten **nicht zwangsläufig** von den privaten Krankenkassen übernommen werden. Es können daher für den Patienten Kosten entstehen.

3. Kosten und Nutzen des Onlinedienstes

Voraussetzung für die Nutzung des Dienstes durch den Patienten sind eine Internetverbindung, Kamera und Mikrofon sowie eine Anmeldung auf der Internetseite des Dienstes, entsprechend der dem Patienten vom Arzt übermittelten Informationen.

Die Nutzung des Dienstes ist für den Patienten kostenfrei.

Der Patient trägt pro Nutzung des Dienstes anteilige Kosten von _____ €.

4. Datenschutz

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient erfolgt authentifiziert und verschlüsselt über einen Server, der sich in Deutschland befindet.

Personenbezogene Daten des Patienten, mit denen der Arzt über die Seite www.arztkonsultation.de kommuniziert, sind für den Dienst nicht zugänglich und werden von diesem selbstverständlich nicht gespeichert.

Ausführliche Informationen über Art und Umfang des Datenspeicherung personenbezogener Daten finden sich auf der Seite www.arztkonsultation.de unter dem Menüpunkt „Datenschutz“.

_____, den _____

Unterschrift Patient

Dr. med. Britta Lesener
LANR 657327534 · 96/2350500
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Holzhäuser Str. 106 · 04299 Leipzig
Tel. 0341/8 61 08 12 · Fax 60 47 72 77

Praxisstempel

Einwilligungserklärung

Schriftliche Einwilligung zur Videosprechstunde mit Frau Dr. med. Britta Lesener, Holzhäuser Str. 106, 04299 Leipzig durch die Erziehungsberechtigten des Patienten.

Ich willige hiermit zur Behandlung durch Frau Dr. med. Britta Lesener mittels Videosprechstunde ein und bestätige, dass mein Sohn/meine Tochter

Name _____ geb. _____

bereits in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Britta Lesener behandelt worden ist.

Ich versichere für die Videosprechstunde soweit möglich folgende Rahmenbedingungen für eine störungsfreie Videosprechstunde zu erfüllen:

- Geschlossener Raum
- Ruhe
- geeignete Technik (sicherer und schneller Internetzugang)
- gute Lichtverhältnisse

Sind die Bedingungen nicht geeignet kann der Arzt die Videosprechstunde abbrechen.

Ich versichere darüber hinaus, dass ich ausführlich über Fragen des Datenschutzes und die notwendige Technik informiert wurde. Mir ist bekannt, dass es strafrechtlich verboten ist, das Gespräch aufzuzeichnen oder zu filmen.

Den Erziehungsberechtigten wird durch die Arztpraxis ein Zugangscode je Videosprechstunde mitgeteilt.

Bitte teilen Sie mir die Zugangsdaten wie folgt mit

über email unter folgender Adresse: _____

über sms unter folgender Tel.-Nr.: _____

(bitte Zutreffendes eintragen)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Hinweis:

Diese Einwilligungserklärung wird in der Arztpraxis des Facharztes aufbewahrt.

Dr. med. Britta Lesener
LANR 657327534 · 96/2350500
FA für Kinder- und Jugendmedizin
Holzhäuser Str. 106 · 04299 Leipzig
Tel. 0341/8610812 · Fax 60477277