

## Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung durch die Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. Nitsche

(nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Patient

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter, der das Einverständnis erklärt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(mit **diesem Namen** in genau dieser Schreibweise wird der **Zugang** zur Videosprechstunde freigeschaltet)

Emailadresse (nur, wenn Link und Zugangscode per Email geschickt werden sollen): \_\_\_\_\_

**Aufklärung** des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters und ab dem Schulalter auch des Patienten selbst:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich/uns und den Leistungserbringer (d.h. dem mich behandelnden Arzt der o.g. Praxis) 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.
- Bild-, Video- und Tonaufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet. Notizen auf Papier sind natürlich für beide Seiten erlaubt.

**Einverständniserklärung** des Patienten und/oder seines gesetzlichen Vertreters:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich von Dr. Nitsche 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. Dr. Nitsche) einwillige.
- dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail- Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die RED Medical Systems GmbH, Lutzstraße 2, 80687 München (nachfolgend -RED Medical-) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Hinweis: Der Betreiber (RED Medical) sichert zu, dass er keinen Zugriff hat auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, keine Videosprechstunden aufzeichnet und keine Daten an Dritte weiterleitet.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen gegenüber Dr. Nitsche / der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Englische Übersetzung, als Anlage, gilt nur im Zusammenhang mit dem deutschen Formblatt.

## Informed consent on data acquisition, handling and utilization in respect to “virtual office” settings by Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. Nitsche

(according to attachment 31b master agreement on technical requirements for video appointments (Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V)

Please note this is a simple translation to support English speaking families, not an official, legal document if questions remain open, please ask!

Patient

Family name, given name: \_\_\_\_\_ born.: \_\_\_\_\_

Parent or legal guardian consenting:

Family name, given name : \_\_\_\_\_

(access to the virtual office will be with **this name** in this exact spelling!)

Email ID (only, if you want to receive your access details via Email): \_\_\_\_\_

### Agreement & Information:

- Participation in the virtual office is voluntary on both sides: The patient/parents/guardian and the doctor.
- To ensure privacy, the virtual consultation has to take place in an appropriate setting: a closed room with no other people present except those the video call concerns.
- At the start of the appointment, all people present in the room are introduced on both sides and it is agreed, that no one else will come in during the consultation.
- It is agreed, that there will be no recordings, photos, screenshots or similar of any kind during the appointment. To meet the demands on documentation, Dr. Nitsche might take notes on paper.

### Informed consent by the patient and/or parent or guardian

I herewith declare,

- That I have been informed by Dr. Nitsche on the requirements for participating in a video-office appointment according to Code of social law V §3 attachment 31b master agreement for physicians (SGBV §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) (see agreement and information above)
- That I agree to data acquisition, utilization, handling and storage as needed for the procedure of a virtual office visit. These are: Name, given name, Email ID, date, type and duration of the appointment by RED medical systems GmbH, Lutzsstraße 2, 80687 München)

Notice: RED Medical asserts, to have no access to health data, content of the interview, does not record any video data and does not pass data on to third parties.

I herewith acknowledge, that I can withdraw my consent towards Dr Nitsche's office any time without explanation.