

Praxis Cooperando – Inhaberin Anja Croes

Carl-Benz-Ring 5

35423 Lich

06404-6680451

06404-6680450

info@cooperando.de

www.cooperando.de

Einwilligung zur Durchführung einer telemedizinischen Leistung

Vorname, Nachname Patient:

Adresse:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bieten telemedizinische Leistungen (Videobehandlung oder telefonische Beratung) für jene Behandlungen an, die sich aus therapeutischer Sicht im Rahmen dieser Behandlungsform erbringen lassen.

Für die Teilnahme an einer Videobehandlung arbeitet unsere Praxis mit einem Dienstleister zusammen, der eine ausreichend sichere Verschlüsselung vorhält. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an den Dienstleister weitergeleitet, die dieser zu folgenden Zwecken verarbeitet:

- Durchführung telemedizinische Leistungen

Folgende Daten von Ihnen sind betroffen:

- Vorname, Nachname, E-Mail-Adresse

Im Rahmen einer vertrauensvollen Behandlung, sorgen wir dafür, dass die Privatsphäre, der Datenschutz und das Patientengeheimnis gewahrt werden. Sie und wir stellen sicher, dass keine weitere Person mithören kann. Wir werden die Behandlung nicht aufzeichnen und auch Ihnen ist die Aufzeichnung der Behandlung nicht gestattet.

Für die Durchführung der telemedizinischen Leistung benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung. Diese Einwilligung gilt für die Dauer der Behandlung.

Ich willige in die Durchführung meiner Therapie in Form einer telemedizinischen Leistung ein. Ich willige ein, dass Cooperando im Rahmen der Erforderlichkeit meine oben genannten Patientendaten zu genannten Zwecken an das Dienstleistungsunternehmen übermittelt.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

X

Unterschrift (oder gesetzliche Vertreter:in)