

Liebe/r Patient/in, liebe/r Versicherte/r,

ärztliche Kontrollen vom Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt nach einer medizinischen Behandlung sind seit April 2017 auch in einer Videosprechstunde möglich und gesetzlich erlaubt. Ihr Arzt entscheidet, ob eine Konsultation per Videosprechstunde für Sie in infrage kommt.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Smartphone, Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, in unserem Fall RED Medical, den das Hautschutzzentrum beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss.

Vor der ersten Videosprechstunde informiert Sie Ihr Arzt über Fragen des Datenschutzes.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten von Ihrem Arzt per Email einen Termin für die RED connect-Videosprechstunde, die Internetadresse für die Videosprechstunde und den Einwahlcode.
2. Zum Start der Videosprechstunde klicken Sie auf den Link und gelangen direkt in die Videosprechstunde. Dies ist möglich, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Zum Start der Videosprechstunde wird Sie RED Medical nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann der Arzt Sie richtig zuordnen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Arzt zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Hiermit erkläre ich:

Vor- und Nachname

E-Mail

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in
- geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde
- vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt der Dr. Neuber Hautschutzzentrum GmbH zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.

Mir ist bekannt, dass bei dem mittelbaren Kontakt zwischen dem Arzt und mir im Rahmen der Videosprechstunde grundsätzlich die gleichen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen wie bei dem unmittelbaren persönlichen Kontakt im Hautschutzzentrum gelten. Diese Einwilligungserklärung gilt insofern als Erweiterung der von mir bereits gegenüber der Dr. Neuber Hautschutzzentrum GmbH abgegebenen Einwilligungserklärung zum Datenschutz.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterungen auf Seite 1 zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten/Versicherten)