

**Kathrin Deckers - KJP Praxis Trier**  
Matthiasstrasse 20 – 54290 Trier  
Tel. 0651 99162954  
[www.kjppraxis-trier.de](http://www.kjppraxis-trier.de) / [info@kjppraxis-trier.de](mailto:info@kjppraxis-trier.de)

## **Videosprechstunde**

### **Einwilligungserklärung – Datenschutz - vertragsärztliche Videosprechstunde**

Hiermit erkläre ich:

---

(Vor- und Nachname)

---

E-Mail für Zugangsdaten des Video Termins

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 Videosprechstunde Viomedi freiwillig ist und die Nutzung der Viomedi-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.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- 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 Videosprechstunde Viomedi vorliegen (Kamera, Mikrofon, Audioausgabe).
- mir bekannt ist, dass bei einer Gruppen-Videosprechstunde (mit an der Behandlung beteiligten Personen, z.B. anderen behandelnden Ärzten oder Konsiliarärzten) andere Teilnehmer im Gespräch sind und die Inhalte der Konversation zwischen Ihnen und Ihrem Arzt mitgehört bzw. mitgesehen werden können. Gegenüber diesen Teilnehmern ist der behandelnde Arzt von der Schweigepflicht entbunden. Mein Arzt ist verpflichtet eine Entbindung von der Schweigepflicht einzuholen. Wenn Sie nicht damit einverstanden sind, können Sie Ihrem Arzt vor dem Gespräch mitteilen, dass Sie alleine mit ihm reden möchten.

Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in der Arztpraxis.

Die Datenschutzbedingungen auf [www.viomed.de](http://www.viomed.de) habe ich gelesen.

### **Auszug der Datenschutzerklärung Viomedi:**

#### Allgemeine Hinweise

Diese Datenschutzerklärung gilt für den Onlineservice von Viomedi, abrufbar unter [www.viomed.de](http://www.viomed.de). Die Facharzt-Sofort GmbH ist Betreiber der Plattform [www.viomed.de](http://www.viomed.de). Viomedi bietet eine Online-, Audio- und Kommunikations-Plattform für Behandler und Patienten. Patienten können mit Behandlern Videosprechstunden führen. Die Kommunikation zwischen den beiden Parteien ist verschlüsselt und direkt, d.h. weder Dritte noch der Betreiber von Viomedi haben Zugriff auf die während der Videosprechstunde übertragenen Daten (Audio, Video, Chat und Dateien). Ebenso erbringt der Betreiber von Viomedi zu keinem Zeitpunkt selbst medizinische Leistungen, sondern ermöglicht lediglich den Verbindungsaufbau zwischen Behandlern und Patienten.

Darüber Hinaus bietet die Facharzt-Sofort-GmbH sogenannte whitelabel Lösungen, welche ebenfalls Gegenstand dieser Datenschutzerklärung sind.

Der Betreiber von Viomedi nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Wir möchten, dass Sie wissen, welche Daten wir speichern und wie wir diese verwenden. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften sowie dieser Datenschutzerklärung. Personenbezogene Daten werden von uns nur gemäß diesen Bestimmungen verarbeitet. Nachfolgend informieren wir Sie über die Erhebung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten. Falls Fragen offen bleiben können Sie sich jederzeit an uns wenden: [support@viomed.de](mailto:support@viomed.de)

Diese Datenschutzerklärung informiert Sie über die Art, den Umfang und Zweck der Verarbeitung von personenbezogenen Daten (nachfolgend kurz "Daten") beim Besuch dieser Online-Präsenz. Begrifflichkeiten wie z.B. "Verarbeitung" oder "Verantwortlicher" werden in den nachfolgenden Informationen entsprechend den Definitionen im Art. 4 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verwendet.

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 beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)