

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENERHEBUNG, -VERARBEITUNG UND -NUTZUNG**

der Praxis am Schloss Blutenburg  
Psychotherapie & Coaching  
Dr. Helmar H. D. Dießner

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Aufklärung des Versicherten**

- » Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. des Psychotherapeuten) freiwillig.
- » Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, statt.
- » Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- » Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

**Einverständniserklärung des Versicherten**

**Hiermit erkläre ich,**

- » dass ich vom u.g. Leistungsträger 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.
- » dass ich die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. meine Psychotherapeutin) einwillige.
- » Dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail Adresse, Termindatum, Terminart und Termindauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch die

**Praxis am Schloss Blutenburg  
Psychotherapie & Coaching**

Dr. Helmar H. D. Dießner  
Verdistraße 116  
81247 München

erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

**HINWEIS:** Die Psychotherapeutischen Praxis / Coaching Systems hat keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter. Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei meinem Leistungserbringer widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten