

**Liebe(r) PatientIn,**

**ich möchte Ihnen im Rahmen der Regelungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Videosprechstunden anbieten. Dafür benötigen Sie im Wesentlichen einen Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung.**

**An folgende Regelungen der KBV werde ich mich in meiner Praxis halten:**

- Die Patientin oder der Patient muss für die Videosprechstunde eine Einwilligung abgeben.
- Die Videosprechstunde muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten. Außerdem müssen die eingesetzte Technik und die elektronische Datenübertragung eine angemessene Kommunikation gewährleisten.
- Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen - wie eine normale Sprechstunde auch. So darf die Videosprechstunde beispielsweise von niemandem aufgezeichnet werden, auch nicht von der Patientin oder dem Patienten selbst.
- Der Klarname der Patientin oder des Patienten muss für die Praxis erkennbar sein.
- Die Videosprechstunde muss frei von Werbung sein.

Die Videosprechstunde wird über das Portal [www.viomedi.de](http://www.viomedi.de) angeboten. Die Videosprechstunde läuft direkt über den Browser innerhalb einer gesicherten, von Dritten nicht einsehbaren Verbindung ab. Installationen oder besondere PC-Kenntnisse sind nicht erforderlich.

Anbieter der Videosprechstunde ist das Unternehmen

Facharzt-Sofort-GmbH  
Straubinger Str. 19  
94363 Oberschneiding

Die Datenschutzerklärung der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter [www.viomedi.de/datenschutz](http://www.viomedi.de/datenschutz).

**Zur Durchführung der Videosprechstunde werden folgende Daten an die Facharzt-Sofort-GmbH übertragen:**

- Name der Praxis und der Therapeutin
- Vor- und Nachname der Patientin/des Patienten
- Ggf. Emailadresse oder Mobilnummer zur Übersendung der Zugangsdaten

**Einverständnis zur Videosprechstunde durch die Patientin/den Patientin:**

**Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich therapeutische Leistungen auch im Rahmen einer Videosprechstunde unter den vorgenannten Rahmenbedingungen nutzen zu wollen. Mir ist bewusst, dass ich die Videosprechstunde nach den Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung (siehe oben) nicht aufzeichnen darf. Dieses versichere ich auch meiner Therapeutin. Über die Datenschutzbedingungen der Facharzt-Sofort GmbH wurde ich informiert und bin damit einverstanden.**

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Therapeutin meinen Namen sowie meine Emailadresse oder Telefonnummer zur Weiterleitung des Eingabecodes in das System eingibt und entbinde die Therapeutin zu diesem Zweck von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift PatientIn

\_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben