

Einwilligung Datenschutz Videosprechstunde

Hiermit willige ich _____

(Name des/der Patient*in, Geb.-Datum)

in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner folgenden Gesundheitsdaten:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Krankenversicherung; Krankenversicherungsnummer
- Anamnese, Diagnose, Therapievorschläge, Befunde
- Terminationdatum
- Terminationdauer
- Terminart
- ... (falls weitere Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden)

durch.....(Name Psychotherapeut*in) und ggf. durch dessen/deren
Praxismitarbeiter*innen ein.

Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zur Durchführung der Videosprechstunde durch
den/die Anbieter*in der Videosprechstunde (Name der Firma).

Die Gesundheitsdaten werden von dem/der Psychotherapeut*in solange aufbewahrt, wie dies
zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und zur Durchführung der Behandlung notwendig ist.
Entsprechend der rechtlichen Vorgaben speichert der/die Psychotherapeut*in Ihre
Gesundheitsdaten nach Beendigung des Behandlungsverhaltnisses. Der/die
Psychotherapeut*in ist vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, entsprechende Daten mindestens
10 Jahre nach Abschluss der Behandlung (letzter Kontakt zwischen Psychotherapeut*in und
Patient*in) aufzubewahren. Die Speicherung der Daten erfolgt auf meiner Praxis-IT.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Durchführung der
Videosprechstunde. Diese kann ohne die Bereitstellung der notwendigen Informationen durch
Sie nicht erfolgen.

Diese Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Ich nehme zur Kenntnis, dass mir folgende
Rechte zustehen:

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO kann die einmal erteilte Einwilligung von mir jederzeit
schriftlich widerrufen werden. Die Widerrufserklärung ist schriftlich an den/die
Psychotherapeut*in zu richten. Dies hat zur Folge, dass die Datenverarbeitung, die auf
dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortgeführt werden darf;
- gemäß Art. 15 DSGVO kann ich Auskunft über die verarbeiteten Gesundheitsdaten
verlangen. Insbesondere kann ich Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die
Kategorie der Gesundheitsdaten, die Kategorien von Empfänger*innen, gegenüber
denen meinen Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer,
das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der
Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft

meiner Daten, sofern diese nicht bei dem Leistungserbringer erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;

- gemäß Art. 16 DSGVO kann ich unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder die Vervollständigung bei dem/der Psychotherapeut*in gespeicherten Gesundheitsdaten verlangen;
- gemäß Art. 17 DSGVO kann ich die Löschung der bei dem/der Psychotherapeut*in gespeicherten Gesundheitsdaten verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DSGVO kann ich die Einschränkung der Verarbeitung der Gesundheitsdaten verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von mir bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, ich aber deren Löschung ablehne und der Leistungserbringer die Daten nicht mehr benötigt oder ich gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt habe;
- gemäß Art. 20 DSGVO kann ich meine Gesundheitsdaten, die ich bereitgestellt habe, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen verlangen und
- mich gemäß Art. 77 DSGVO bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. In der Regel kann ich mich hierfür an die Aufsichtsbehörde meines üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder der Praxis des Leistungserbringers wenden.

Hinweis: Der/die Anbieter*in der Videosprechstunde (Name.....) hat keinen Zugriff auf Ihre Gesundheitsdaten oder die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstunden auf und leitet keine Daten an Dritte weiter.

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Psychotherapeut*in

Ort, Datum

Ort, Datum