

## Einwilligungserklärung zur Durchführung einer telemedizinischen Leistung

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Name der Praxis: Handwerk - Praxis für Osteopathie und Physiotherapie

### Christina Müller

Heilpraktikerin und Physiotherapeutin

Wipperfürther Strasse 153  
51515 Kürten

Tel. 02207/961 0360

Fax. 02207/961 0361

praxis@christina-müller.de

www.christina-müller.de

### Verwendung

Aufgrund der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie sind wir darauf bedacht, die Versorgung in dieser außerordentlichen Situation zu erleichtern und aufrecht zu erhalten.

Wir bieten daher kurzfristig telemedizinische Leistungen (Videobehandlung oder telefonische Beratung) für jene Behandlungen an, die sich aus therapeutischer Sicht im Rahmen dieser Behandlungsform erbringen lassen.

Für die Teilnahme an einer Videobehandlung arbeitet unsere Praxis mit einem Dienstleister zusammen, der eine ausreichend sichere Verschlüsselung vorhält. Im Rahmen der einer vertrauensvollen Behandlung, sorgen wir dafür, dass die Privatsphäre, der Datenschutz und das Patientengeheimnis gewahrt werden.

Sie und wir stellen sicher, dass keine weitere Person mithören kann. Wir werden die Behandlung nicht aufzeichnen und auch Ihnen ist die Aufzeichnung der Behandlung nicht gestattet.

Für die Durchführung der telemedizinischen Leistung benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung. Diese Einwilligung gilt für die Dauer der Behandlung.

### Datenschutz

Bei Behandlung durch telemedizinische Leistungen verarbeiten wir Gesundheitsdaten von Ihnen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Weitere Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu Ihren Rechten, finden Sie auf unserer Homepage.

### Freiwilligkeit

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten haben. Diese Einwilligung können Sie jederzeit in Textform (z.B. per E-Mail an uns) widerrufen.

### Erklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung ein.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(bei Minderjährigen Patienten ist die Unterschrift der Sorgeberechtigten notwendig.)