

## Einwilligung Datenschutz Videosprechstunde

Name des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_,

(Name des/der Patient\*in, Geb.-Datum, bei Patienten/Patientinnen unter 15 Jahren stellvertretend die sorgeberechtigte(n) Person(en))

in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner folgenden Gesundheitsdaten:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Krankenversicherung; Krankenversicherungsnummer
- Anamnese, Diagnose, Therapievorschläge, Befunde
- Terminationdatum
- Terminationdauer
- Terminart

durch die psychotherapeutische Praxis Julian Kulder und ggf. durch dessen Praxismitarbeiter\*innen ein.

Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zur Durchführung der Videosprechstunde durch zertifizierte Anbieter der Videosprechstunde, wie z.B. Healthy Projects GmbH (webprax-f2f).

Die Gesundheitsdaten werden von dem Psychotherapeuten solange aufbewahrt, wie dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und zur Durchführung der Behandlung notwendig ist. Entsprechend der rechtlichen Vorgaben speichert der Psychotherapeut Ihre Gesundheitsdaten nach Beendigung des Behandlungsverhaltnisses. Der Psychotherapeut ist vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, entsprechende Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung (letzter Kontakt zwischen Psychotherapeut und Patient\*in) aufzubewahren. Die Speicherung der Daten erfolgt auf der 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 Psychotherapeuten 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 Psychotherapeuten gespeicherten Gesundheitsdaten verlangen;
- gemäß Art. 17 DSGVO kann ich die Löschung der bei dem Psychotherapeuten 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:** Die zertifizierten Anbieter der Videosprechstunde, wie z.B. Healthy Projects GmbH (webprax-f2f) haben keinen Zugriff auf Ihre Gesundheitsdaten oder die Gesprächsinhalte, zeichnen keine Videosprechstunden auf und leiten keine Daten an Dritte weiter.

---

Unterschrift Patient\*in ab 15 Jahren

---

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

---

Unterschrift Psychotherapeut

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum