



## Video-Sprechstunde:

für: Herr \_\_\_\_\_, geb. am . . . ,  
am: 27.03.2020  
von: 14:00 Uhr bis: 14:15 Uhr

Voraussetzung für Video-Sprechstunde:

- iPhone / iPad mit Safari oder Android-Handy mit Google Chrome / Firefox - Browser
- oder PC / Laptop mit Kamera mit Google-Chrome / Firefox - Browser

Video-Sprechstunde **5 Minuten vor Terminuhrzeit** starten:

1. Mit dem entsprechenden Browser die Website starten:  
[www.doktor-online.org](http://www.doktor-online.org) oder [vs.zollsoft.de](http://vs.zollsoft.de)
2. **Raum-ID:** 00XYZ eingeben und **Raum betreten** bestätigen
3. Zugriff von Kamera und Mikrofon gestatten
4. **Audio-Test, ggf. Mikrofon-Test, Video-Test durchführen**
5. Die Verbindung zu Dr. med. Quang Dinh bestätigen

Ihre Praxis am Günthersburgpark

409575600  
Dr. med. Duy Quang Dinh  
FA für Allgemeinmedizin  
FA für Anästhesiologie  
Rothschildallee 20  
60389 Frankfurt/M.  
Tel. 069/465511



## **Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zur Videosprechstunde gegenüber der Praxis**

Praxis am Günthersburgpark, Rothschildallee 20, 60389 Frankfurt/M.

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

### **Patientenangaben**

Herr Dr.

\*

wohnhaft in:

### **Aufklärung des Versicherten**

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und den Leistungserbringer (d.h. der oben genannten Praxis ) freiwillig.
- Die Videosprechstunde hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
- 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/ der Patienten/ Patientin**

Hiermit erkläre ich,

- dass ich von der oben genannten Praxis 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 (s.o. Aufklärung des Patienten),
- dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch die oben genannte Praxis einwillige,
- ich nehme zur Kenntnis, dass Praxissoftware tomedo Zollsoft keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte hat, keine Videosprechstunden auf zeichnet und keine Daten an Dritte weiterleitet .
- Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besonderes Form- oder Fristenfordernis gegenüber der oben genannten Praxis widerrufen kann.

---

Frankfurt/M.,

Unterschrift Patient