



PHYSIOTHERAPIE

AM KLAGESMARKT

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER TELEMEDIZINISCHEN LEISTUNG

.....
NAME PATIENT/PATIENTIN

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 sichere Verschlüsselung bietet. 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 meiner personenbezogenen Daten ein.

.....
ORT / DATUM

.....
UNTERSCHRIFT

(BEI MINDERJÄHRIGEN PATIENTEN/PATIENTINNEN IST
DIE UNTERSCHRIFT DER SORGBERECHTIGTEN NOTWENDIG)