

**Praxis Dr. med. Ulrich Bohnet**  
**Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie**  
Verhaltenstherapie  
Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie  
Geriatric, Suchtmedizin  
Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und  
-psychosomatik (DGPPN/DGGPP)  
Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie (DGPPN)



**Radolfzeller Str. 62a, 78467 Konstanz**  
**Telefon 07531- 133 555**  
**Telefax 07531- 133 511**  
**Mail: info@praxis-drbohnet.de**  
**http://www.praxis-drbohnet.de**

### **Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde**

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

- Mein Arzt Dr. med. Ulrich Bohnet hat mich über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde darüber informiert, dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat. Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meinen Leistungserbringer (d.h. meinen Arzt) einwillige und dass die meine Person betreffenden Daten (Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Termination, Terminart und Terminationdauer) zum Zweck der Durchführung der Videosprechstunde durch erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.  
**Hinweis:** Die Anbieter CGM ELVI, ClickDoc, RedConnect (RED Medical) oder Sprechstunde.online haben keinen Zugriff auf Gesundheitsdaten, die Gesprächsinhalte, zeichnet keine Videosprechstundenauf und leitet keine Daten an Dritte weiter.
- Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass auch während der Videosprechstunde durch die Anbieter der Videosprechstunde keine Personen- und Gesundheitsbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen. Mir ist bekannt, dass es aus datenschutzrechtlichen Gründen verboten ist, das Gespräch aufzuzeichnen oder zu filmen. Verstöße dagegen können strafrechtlich verfolgt werden. Das Gespräch unterliegt wie bei der herkömmlichen Sprechstunde der ärztlichen Schweigepflicht.

#### **Belehrung über das Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrem Arzt schriftlich oder zur Niederschrift ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

**Name, Vorname des Pat.**

**Geburtsdatum des Pat.:**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift