Helga Graf-Laubenthal
ganzheitliche Praxis für Physiotherapie & Prävention

Heilpraktikerin – Fachgebiet Physiotherapie

Mainzer Straße 25 - 65185 Wiesbaden - Tel: 0611-880 42 565 - www.graf-laubenthal.de

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Videobehandlung/ -beratung

Im Rahmen der Heilpraktiker-Behandlung / der Physiotherapie

Hiermit erkläre ich:

_____

Name Vorname Geburtsdatum

_____

Straße Postleitzahl Wohnort

_____

E-Mail-Adresse Tel. Nr.

am _____ ausreichend über den Ablauf der physiotherapeutischen Videobehandlung im Rahmen der Heilpraktiker-Behandlung oder der Physiotherapie, sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Ich bin einverstanden mit einer Videobehandlung/Beratung über das anerkannte Portal von **Jameda.de** .

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videobehandlung freiwillig ist und die Nutzung für mich keine Zusatzkosten verursacht, da dies auf der Grundlage meines von mir bereits gewählten Heilpraktiker-Tarifes erfolgt bzw. meines von mir gewählten Tarifes für Physiotherapie. Es ist meine Sache mich zu erkundigen, ob und inwieweit meine Privatkasse/Zusatzversicherung diese Leistung anerkennt und erstattet.
Ich versichere, dass

- die Videobehandlung in einem geschlossenen Raum und ruhiger Umgebung stattfindet, damit die Behandlung ungestört und unter Gewährleistung der Datensicherheit erfolgt.
- anwesende Personen im Raum zu Beginn vorgestellt werden.
- anwesende Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden.
- ich keine Bild- und/oder Tonaufzeichnungen machen darf.
- Mir die technisch erforderlichen Voraussetzungen für die Nutzung der Videobehandlung zur Verfügung stehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Termin mit Datum, Uhrzeit und Dauer) zur Dokumentation der stattgefundenen Videobehandlung gespeichert werden. Diese Daten dienen einzig zu Dokumentationszwecken und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an Frau Graf-Laubenthal ausreichend.
Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

_____

Ort, Datum Unterschrift PatientIn