



**Gemeinschaftspraxis**

**Dr. Michael Brockmann**

Facharzt für Neurologie · Akupunktur  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

**Dr. Bernhard Thelen**

Facharzt für Nervenheilkunde  
Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie

Morlaixplatz 19 · 52146 Würselen  
Tel. 0 24 05 / 1 89 09 · Fax 0 24 05 / 9 31 40

[www.brockmann-thelen.de](http://www.brockmann-thelen.de)

## Einwilligungserklärung – Datenschutz

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Die Videosprechstunde unserer Praxis läuft über das Portal [www.viomed.de](http://www.viomed.de). Als technische Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Videosprechstunde wird ein Endgerät mit folgender Ausstattung benötigt:

- Kamera
- Mikrofon
- Aktueller Internetbrowser (bevorzugt Google Chrome; Mozilla Firefox; Safari)
- Internet mit mindestens 2000er Leitung

Die Videosprechstunde selbst läuft direkt über den Browser innerhalb einer gesicherten – von Dritten nicht einsehbarer Verbindung ab. Installationen oder besondere PC-Kenntnisse sind nicht erforderlich. Anbieter der Videosprechstunde ist unser Partnerunternehmen:

**Facharzt-Sofort-GmbH**  
**Straubinger Str. 19**  
**94363 Oberschneiding**

Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden unter <https://viomed.de/impressum>.

Die Datenschutzerklärung der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomed.de/datenschutz>.

Zur Durchführung der Videosprechstunde werden folgende Daten an die Facharzt-Sofort-GmbH übertragen:

- Praxis und Arztname
- Patientenvor- und Nachname
- Ggf. E-Mailadresse oder Handynummer zur Übersendung der Zugangsdaten

### **Hiermit erkläre ich**

ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Viomedi Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung für mich unentgeltlich ist.

### **Ich versichere, dass**

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der Viomedi Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

---

Ort, Datum Unterschrift