

**Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde mit arztkonsultation ak GmbH**

Name: \_\_\_\_\_

Mailanschrift: \_\_\_\_\_

Mobil-Nummer: \_\_\_\_\_

**Nutzung des Onlinedienstes**

Voraussetzung für die Nutzung des Dienstes durch den Patienten sind eine Internetverbindung, Kamera und Mikrofon sowie eine Anmeldung auf der Internetseite des Dienstes, entsprechend der dem Patienten von Frau Dipl.oec.troph. Kerstin Hägerling übermittelten Informationen.

**Datenschutz**

Bei der Vergabe von Terminen können für den Versand von Termindetails und Logindaten die Mobilfunknummer und/oder die E-Mail-Adresse des Patienten angegeben werden. Diese Daten werden nach Ablauf der Logindaten gelöscht.

- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Mobilfunknummer durch arztkonsultation ak GmbH stimme ich zum angegebenen Zweck zu.
- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner E-Mail-Adresse durch arztkonsultation ak GmbH stimme ich zum angegebenen Zweck zu.
- Der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch arztkonsultation ak GmbH stimme ich zu den angegebenen Zwecken zu.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage Ihrer widerrufbaren Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist arztkonsultation ak GmbH, Friedensstraße 29, 19053 Schwerin, Telefon: 0385/51830000, info@arztkonsultation.de verantwortlich. Als betroffene Personen stehen Ihnen bestimmte Datenschutzrechte (z.B. Auskunft, Berichtigung und Löschung) zu. Weitere Informationen finden Sie auf der Seite [www.arztkonsultation.de](http://www.arztkonsultation.de) unter dem Punkt "Datenschutz".

***Hiermit erkläre ich mich einverstanden, arztkonsultation für Beratungen via Video-Chat zu nutzen. Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen.***

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patientin bzw. der/des gesetzlichen Vertreter/s

\_\_\_\_\_