



## **Dr. med. Florian Schalkhauser**

Facharzt für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

**Hauptpraxis Regensburg (Postadresse)**  
Hans-Sachs-Str. 9a, 93049 Regensburg

**Filiale Weiden**  
Braunmühlstr. 15, 92637 Weiden

**Filiale Schwandorf**  
Marktplatz 28, 92421 Schwandorf

**Zentrale Rufnummer**  
Tel: 0941 640 822 0  
Fax: 0941 640 822 29

info@drschalkhausser.de  
www.drshalkhausser.de

## **Einwilligungserklärung Videosprechstunde**

Liebe Kinder, Jugendliche und Eltern,

Ihre Praxis, Ihr Arzt/ Ihre Ärztin/ Ihr Therapeut – kurz wir – haben Ihnen bei uns eine Online–Videosprechstunde angeboten. Dabei läuft die Videosprechstunde zwischen Ihnen und uns ähnlich ab wie in der Praxis: Sie und der Behandler befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu persönlich in der Praxis erscheinen müssen. Dies spart Zeit und lange Anfahrtswege und kann dann und wann eine Alternative zum vor Ort Termin sein (Regelfall, außer Corona).

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer, Tablet oder Smartphone mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter (bei uns derzeit „RED Medical“ oder „Arztkonsultation“), den wir beauftragt haben und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss und vom gesamten Gesundheitswesen offiziell lizenziert sein muss und ist. Damit ist sichergestellt, dass alles was wir miteinander streng vertraulich besprechen, auch vertraulich bleibt.

Vor der ersten Videosprechstunde informieren wir Sie – auch später weiterhin – zu Fragen des Datenschutzes. Es ist rechtlich verboten, das Gespräch aufzuzeichnen oder zu filmen. Wir werden außerdem erläutern, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videosprechstunde achten sollten, z. B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung.

### **Ablauf der Online-Videosprechstunde**

- Sie erhalten von Ihrem Behandler einen Termin für die Online-Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodienstanbieters und den Einwahlcode für die Videosprechstunde.
- Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich ca. 5 Minuten vor dem Termin auf der Internetseite mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
- Der Videodienstanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen. Bitte geben Sie diesen korrekt an. Nur so können wir Sie richtig zuordnen.
- Nach einem automatischen Techniktest werden Sie in das Online-Wartezimmer geführt. Sobald Ihr Behandler zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.
- Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

## Datenschutz

Bei Nutzung über das Telemedizinportal [www.arztkonsultation.de](http://www.arztkonsultation.de) erfolgt die Kommunikation zwischen Behandler und Patient authentifiziert und verschlüsselt über einen Server, der sich in Deutschland befindet. Personenbezogene Daten des Patienten, mit denen der Behandler über die Seite kommuniziert, sind für den Dienst nicht zugänglich und werden von diesem nicht gespeichert.

Bei der Nutzung der Videosprechstunde von RED Medical erfolgt die Übertragung mittels einer Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers. Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.

Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt. Dem Videodienstanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen.

## Einwilligungserklärung – Datenschutz

---

Vor- und Nachname Eltern

und

---

Vor- und Nachname Jugendlicher (ab 13 Jahren)

---

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
E-Mail (bitte in DRUCKBUCHSTABEN)

---

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

---

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

---

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

erklären hiermit, dass wir ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt wurden. Uns ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung 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 Videosprechstunde vorliegen.

### **Ich bin einverstanden, dass**

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt 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 des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)