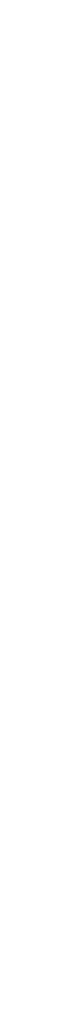
Briefkopf Einrichtung

**Datenschutzrechtliche Einwilligung  
zu Beratung über Video**

Ich

(Vor- u. Zuname, Geb.-Datum)

bin damit einverstanden, dass meine Daten (Stammdaten, Angaben zu meiner Gesundheit, soziographische Angaben, meine Problembereiche und vereinbarte Maßnahmen) mittels der EDV zum Zweck der Stammdatenverwaltung und der Beratungs-/Betreuungs-/ und Behandlungsdokumentation und der internen anonymisierten Qualitätssicherung der Dienstleistungen der Einrichtung erhoben und verarbeitet werden.



Ich bin damit einverstanden, dass Beratungsleistungen über eine geschützte Plattform für Videosprechstunden erfolgt. Es wird (hier Anbieter eintragen) als Plattform für die Videosprechstunde verwendet. Dieser Anbieter ist vom TÜV Saarland für Inhalte, Datenschutz und Informationssicherheit zertifiziert und durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung anerkannt. Eine Videoaufzeichnung der Gespräche findet nicht statt.

Meine Daten werden nur mit meiner ausdrücklichen Einwilligung an Dritte weitergegeben.

Meine Daten werden spätestens 10 Jahre nach dem letzten Beratungsgespräch gelöscht bzw. vernichtet.

Sollte ich nicht in die EDV-mäßige Verarbeitung meiner Daten einwilligen wollen, habe ich die Möglichkeit, eine anonyme Beratung in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall erfolgt keine personenbezogene Beratungsdokumentation.

Mir ist bekannt, dass ohne die Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen

Daten keine weitergehende Beratung möglich ist.

Für wissenschaftliche Auswertungen werden Daten nur in anonymisierter Form an ein wissenschaftliches Institut übermittelt.

Ich kann der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten formlos widersprechen. Ein Widerspruch hat zur Folge, dass meine Daten anonymisiert werden.

Die als Anlage beigefügte **„Datenschutzhinweise und Information zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten“** habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum Unterschrift Klient/Klientin