



### Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Telemedizin

Hiermit bestätige ich durch das Institut für Rehabilitation ausreichend über den Ablauf der physiotherapeutischen Telemedizin, sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtlichen Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Telemedizin freiwillig ist und sie unter Berücksichtigung des Datenschutzes störungsfrei durchgeführt werden muss. Dazu sollte eine Behandlung möglichst von beiden Seiten in jeweilig geschlossenen Räumen durchgeführt werden und vor Beginn die anwesenden Personen benannt werden. Von Seiten der Praxis werden keine Aufzeichnungen irgendeiner Art stattfinden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine unten angegebenen Daten gespeichert werden, welche ausschließlich zu Dokumentationszwecken und nicht an Dritte weitergegeben werden. Die Löschung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an die oben genannte Praxis ausreichend.

Durch meine an die Praxis gerichtete Mitteilung erkläre ich meine Einwilligung als erteilt und bestätige den Erhalt der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Telemedizin.

Patientenname (Vor,- Zuname).....

Geburtstag Patient .....

Emailadresse.....

Straße.....

Wohnort.....

Termin mit Datum und Uhrzeit .....

Unterschrift.....