

Einwilligung zur Videosprechstunde durch die Sorgeberechtigten

Seit dem 1. April 2017 ist es Vertragsärzten möglich, eine Videosprechstunde anzubieten.

Technische Voraussetzungen: Sie benötigen einen funktionstüchtigen PC mit Bildschirm, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung. Auf Ihrem PC muss ein kompatibler Webbrowser verwendet werden (Chrome, Firefox oder Safari). Bitte beachten Sie, dass derzeit andere Browser nicht sicher funktionieren. Eine zusätzliche Software ist nicht erforderlich.

Sicherheit: Für die Videosprechstunden gelten besonders strenge Anforderungen an Sicherheit und Datenschutz. Der von uns eingesetzte Anbieter RED connect ist von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geprüft und zertifiziert. Im Vergleich mit anderen Videokonferenz-Diensten wie beispielsweise Skype oder WhatsApp hat RED connect deswegen besondere Sicherheitsmechanismen, die verhindern, dass unbefugte Dritte mithören können. Die Verbindung wird durch vollständige Ende-zu-Ende-Verschlüsselung direkt zwischen den Geräten der Gesprächsteilnehmer hergestellt (sog. Peer-to-Peer-Verbindung). So ist schon technisch ausgeschlossen, den Datenstrom mitzulesen oder zu speichern. Diese Anforderung wird von herkömmlichen Videodiensten nicht angeboten, da deren Datenströme immer über zentrale Server geleitet werden. Eine Aufzeichnung der Videosprechstunde findet selbstverständlich nicht statt.

Ablauf: Den Termin für die Videosprechstunde vereinbaren Sie wie gewohnt durch unsere Anmeldung. Hier erhalten Sie auch einen Zugangscode, mit dem Sie sich zu Beginn des geplanten Termins für die Videosprechstunde auf folgender Internetseite anmelden: <https://video.redmedical.de/#/login>. Sobald auch der Arzt bzw. Therapeut sich angemeldet hat, wird die Verbindung hergestellt.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung

Das Sorgerecht wird ausgeübt von:

Beiden Eltern Mutter Vater Sonstigen: _____

Mit ihrer Unterschrift stimmen die Sorgeberechtigten der Durchführung eines Termins im Rahmen einer Videosprechstunde zu:

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Name, Vorname des/der ersten Sorgeberechtigten	Geburtsdatum
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Name, Vorname des/der zweiten Sorgeberechtigten	Geburtsdatum
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte(r)