

PRAXIS für Ganzheitliche Ernährungsberatung & -therapie

Sarah Mörstedt

Diätassistentin mit VDD-Fortbildungszertifikat
Gesundheitspädagogin (B.A.) - Health Care Education
Kursleiterin DGE-Programm: ICH nehme ab!

Adresse

Ebersbacher Weg 31, 73614 Schorndorf
Web: moerstedt.wixsite.com/schorndorf
Institutionskennzeichen (IK): 590801715

Kontakt

Telefon: 07181 / 9379055
Mail: sarah-moerstedt@web.de

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer Online-Videoberatung

Hiermit erkläre ich:

Klient / Klientin

Aufklärung

dass ich durch die Mitarbeiter der obigen Praxis ausreichend über den Ablauf einer ernährungstherapeutischen Videoberatung sowie deren technischen Voraussetzungen, den Anbieter des Dienstes, sowie über datenschutzrechtlichen Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden bin.

Nutzung

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videoberatung freiwillig ist und die Nutzung für mich keine weiteren Kosten verursacht, da dies auf der Grundlage der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung erfolgt.

Ich versichere,

dass

- Die Videoberatung in einem geschlossenen Raum & ruhiger Umgebung stattfindet, damit die Beratung ungestört und unter Gewährleistung der Datensicherheit erfolgen kann
- Anwesende Personen im Raum zu Beginn an vorgestellt werden.
- Anwesende Hilfspersonen auf Schweigepflicht und Datenschutz hingewiesen werden.
- Keine Bild - und / oder Tonaufzeichnungen gemacht werden.
- Mir die technisch erforderlichen Voraussetzungen für die Nutzung der Videobehandlung zur Verfügung stehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Geburtstag, E-Mailadresse, Termin mit Datum, Uhrzeit, Dauer) zur Dokumentation der stattgefundenen Videoberatung und Rechnungstellung gespeichert werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Lösung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an die Praxis ausreichend. Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videoberatung nach §43 SGB V.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten, Erziehungsberechtigten
Unterschrift von Jugendlichen ab 16 Jahren