

Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten ist nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung möglich. Bitte legen Sie die folgende Einverständniserklärung vor. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Speicherung wird dadurch aber nicht berührt. Ihren Widerruf erklären Sie durch schriftliche Mitteilung an mich. Nach dem Widerruf ist die Nutzung der Videosprechstunde nicht mehr möglich.

Weitere Einzelheiten finden Sie in der Datenschutzerklärung. (<https://webprax-f2f.de/datenschutz>)

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch den Anbieter Healthy Projects GmbH im Rahmen der Videosprechstunde. Meine Erklärung erfolgt auf freiwilliger Basis.

X

Ort, Datum Unterschrift der/s Patientin/en (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)

Einwilligungserklärung für die Übermittlung Ihrer E-Mail-Adresse

Die Plattform webPRAX / webPRAX-f2f können Sie nutzen, indem Sie sich dort registrieren oder einen Gastzugang verwenden. Für die Registrierung sind Ihr Name, Vorname, ein Benutzername und ein Passwort erforderlich. Bei einem Gastzugang werden keine Daten von Ihnen auf der Plattform erfasst.

Zugang zu der Plattform webPRAX / webPRAX-f2f erhalten Sie, indem der Anbieter Healthy Projects GmbH Ihnen je nach Wunsch einen Registrierungslink oder einen Gastzugangslink zusendet, der Ihnen den Zugriff auf die Plattform ermöglicht. Die Weitergabe Ihrer E-Mail-Adresse an den der Anbieter ist nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung möglich.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung in die Übermittlung meiner E-Mail-Adresse an Healthy Projects GmbH, Parkstraße 10, 50968 Köln zwecks Erhalt des Zugangslinks.

Für die Nutzung der Plattform webPRAX / webPRAX-f2f für die Videosprechstunde wünsche die Zusendung

- eines Registrierungslinks an meine E-Mail-Adresse
- eines Gastzugangslinks an meine E-Mail-Adresse

(Zutreffendes auswählen)

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Speicherung wird dadurch aber nicht berührt. Ihren Widerruf erklären Sie durch schriftliche Mitteilung an mich oder mein Team. Nach dem Widerruf ist die Nutzung der Videosprechstunde nicht mehr möglich.

Weitere Einzelheiten finden Sie in der Datenschutzerklärung.

X

Ort, Datum Unterschrift der/s Patientin/en (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)