

Einverständnis und Datenschutzerklärung zu Telemedizinischen Behandlungen

PHYSIO KETTWIG

Video-/Telefonsprechstunde:

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass die Teilnahme an der Video-/Telefonberatung für alle Teilnehmer freiwillig ist.

Die Video-/Telefonberatung hat zu Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufs in geschlossenen Räumen stattzufinden, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen.

Zu Beginn der Video-/Telefonsprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.

Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet.

Software:

Wir benutzen „sprechstunde.online“ als Software für unsere Video-Sitzung.

Wir benutzen "Nola-Wirksam gegen Schmerzen" als ein medizinisch zertifiziertes Produkt aus dem Bereich E-Health (App)

Wir benutzen "Physiotools" für das Zusammenstellen ihres persönlichen Trainingsplans.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass für die Videoberatung „sprechstunde.online“ von der Deutschen Arzt AG, als Übertragungssoftware verwendet wird.

Hinweise:

Häusliche Voraussetzungen:

Achten Sie auf eine sichere Umgebung

Keine Stolperfallen

Evtl. Möglichkeiten zum Festhalten

Rutschsichere (feste) Schuhe oder Socken

Gute Lichtverhältnisse

Passende Kleidung

Mögliche Hardware:

Laptop / Computer mit Webcam oder Smartphone/Tablet können verwendet werden.

Wir benötigen eine E-Mail-Adresse, um Ihnen einen Einladungs-Link für die Videosprechstunde senden zu können.

Abrechnung:

Sowohl die kassenärztliche Bundesvereinigung, als auch einige private Kassen erlauben eine Abrechnung dieser Behandlung über eine ärztliche Verordnung bei bestimmten Heilmitteln.

Sprechen Sie im Vorfeld die formalen Voraussetzungen mit uns ab.

Das Nutzen dieser Leistung als Selbstzahler ist zu unseren bestehenden Konditionen möglich.

Wichtig:

Achtung: Geben Sie uns umgehend Rückmeldung bei:

Stärker werdenden Schmerzen/Beschwerden

Sensibilitätsstörungen oder Kraftverlust vor.

Schwindel oder eine plötzlich eintretende Gangunsicherheit.

Patienten-Erklärung: Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Durchführung der Behandlung unter den genannten Anforderungen einverstanden bin.

Datum:----- Unterschrift: -----

