

(Patient)



I. Teilnahme- und Einwilligungserklärung Telemedizinprogramm mFamily-Health

Hiermit erkläre ich, dass

- ich meinen Wohnsitz in Deutschland habe.
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich einverstanden bin, dass die behandelnden Ärzte meine medizinischen Daten einsehen dürfen.
- ich darüber informiert wurde, dass ich die Teilnahme ohne Angaben von Gründen jederzeit schriftlich kündigen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am Telemedizinprogramm freiwillig ist.**
- ich mit meiner Unterschrift sofort am Telemedizinprogramm teilnehme.
- meine erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie entsprechend der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Eine Löschung erfolgt jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Programm.
- ich die Teilnahmeerklärung jederzeit schriftlich bei der Infokom GmbH, Nonnenhofer Straße 4a, 17033 Neubrandenburg oder per E-Mail (info@mfamily-health.de) widerrufen kann. Die daraufhin durchgeführte Sperrung der Dateneinsicht für den Arzt kann bis zu einigen Werktagen in Anspruch nehmen.

II. Einwilligung zur Datenverarbeitung und zur Teilnahme am Telemedizinprogramm mFamily-Health

Ja, ich möchte am Telemedizinprogramm mFamily-Health teilnehmen.

Ja, ich möchte die Vorteile des Telemedizinprogramms nutzen.

Ja, ich habe die „Patienteninformationen zur digitalen Gesundheitsanwendung mFamily-Health und zum Datenschutz“ erhalten, mich damit vertraut gemacht und die dortigen Angaben verstanden. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am Telemedizinprogramm bin ich einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

Stempel des Arztes