



Dr. med. univ. Ing. Andreas Kabinger

Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
Arzt für Allgemeinmedizin

ÖÄK-Diplome in Schmerztherapie, Notarztwesen, Substitution,
Forensisch-Psychiatrische Gutachten

Adr.: Herrengasse 21, 2700 Wiener Neustadt

Tel: +43 / (0) 677 64 22 13 56 | FAX: +43 / (0)1 25 33 0 33 7700

Email: kontakt@praxis-kabinger.at | Web: www.praxis-kabinger.at



Zustimmungs-Formular Telemedizinische Konsultation / Therapie

Persönliche Daten

- Vor- und Nachname: _____
- Sozialversicherungsnummer: _____
- Geburtsdatum: _____
- Wohnadresse: _____
- Telefonnummer: _____
- E-Mail-Adresse: _____

Waren Sie schon einmal in psychiatrisch-fachärztlicher Behandlung? Falls ja, wann?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Falls ja, welche?

Befinden sie sich aktuell in Psychotherapie? Falls ja, bei wem?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Warum haben Sie sich für mich entschieden?

Rahmenbedingungen zur Kenntnisnahme

1. Ausgangslage

Dr. Andreas Kabinger hat ein Angebot der Tele-Medizinischen Diagnostik / Beratung / Konsultation / Behandlung eingerichtet. Das bedeutet, dass die Konsultationseinheit über Telekommunikationsmittel (Videotelefonie) bzw. über internetbasierte Übertragung von Wort/Bild Online unter Verwendung hierfür geeigneter Software über die entsprechenden Geräte (Smartphone, Computer oder Tablet) durchgeführt wird. Diese spezielle Form des Behandlungsangebotes, welches keine höchstpersönliche Anwesenheit des Arztes mit sich bringt, ist in wissenschaftlichen Studien teilweise erprobt, aber bisher in Österreich nicht flächendeckend im Einsatz.

Diese Einverständniserklärung ist Zusatz zu einem bestehenden Behandlungsvertrag (schriftlicher/mündlicher Behandlungsvertrag zwischen Patient*in und Arzt) und ersetzt diese nicht.

Die Tele-Medizinische Diagnostik / Beratung / Konsultation / Behandlung als Konsultationsform wird unter Verwendung der Software Signal (signal.org) bereitgestellt.

Diese Software ist beim Anbieter signal.org (online) beziehbar, mit welchem Sie zwecks Nutzung der Software einen gesonderten Nutzer*innenvertrag abschließen müssten. Die Datenschutzvereinbarung des Anbieters der Software finden Sie unter <https://support.signal.org/hc/de/articles/360007059412-Signal-und-die-Datenschutz-Grundverordnung-DSGVO>

2. Teilnahme an Tele-Medizinische Diagnostik / Beratung / Konsultation / Behandlung

Bitte unterschreiben Sie dieses Dokument nur, wenn Sie allen folgenden Punkten zustimmen.

- Ich habe Interesse, an der Tele-Medizinischen Diagnostik / Beratung / Konsultation / Behandlung als Konsultationsform teilzunehmen. Meine Einwilligung in diese Form der Behandlung erfolgt freiwillig.
- Ich bin mir bewusst, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mein Einverständnis in die Durchführung der Diagnostik / Beratung / Konsultation / Behandlung als Tele-Medizinischen Konsultation widerrufen und die Konsultation als Tele-Medizinischen Konsultation einstellen kann.
- Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis, dass ich trotz sorgfältigen Vorbereitungen durch mich und den behandelnden Arzt an einer wenig erprobten Behandlungsform teilnehme.
- Ich habe die Datenschutzvereinbarung des Software-Anbieters signal.org gelesen und stimme dieser ausdrücklich zu. Ich bin mir bewusst, dass ich die Zustimmung zur gegenständlichen Datenschutzvereinbarung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Als Folge davon kann in Rücksprache mit dem Arzt unter Umständen der Softwareanbieter gewechselt und die Tele-Konsultation fortgeführt werden, falls ich das wünsche.
- Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis, dass der oben genannte Arzt trotz größter Bemühungen, nicht den (vollständigen) Behandlungserfolg garantieren kann. Der Arzt führt die Diagnostik / Beratung / Konsultation / Behandlung entsprechend der gebotenen beruflichen Sorgfalt durch und erfüllt alle gesetzlichen Berufspflichten.
- Ich erkläre, dass ich den Arzt im Falle eines akuten Problems / einer Verschlechterung (z.B. Selbstmordgedanken, Halluzinationen,...) als auch weiterer gesundheitlicher Veränderungen von denen ich annehme, dass sie Auswirkungen auf die Konsultation haben, unverzüglich informieren werde.
- Ich starte die Tele-Konsultation nur, wenn ich mich dazu in der Lage fühle. Sollte dies nicht der Fall sein, kontaktiere ich den Arzt um darüber zu informieren. Daraus erwächst mir kein Nachteil bei der Behandlung, vielmehr ist dies eine wichtige Sicherheitsmaßnahme.
- Ich achte bei der Auswahl des Orts meiner Tele-Konsultation auf ein geeignetes Umfeld hinsichtlich der Vermeidung von Gefahren und Datenschutzthemen.

- Ich hatte im Rahmen eines Informationsgespräches vor Unterzeichnung dieses Dokuments ausreichend Möglichkeit, Fragen zur Tele-Konsultation an den Arzt zu stellen und zu beantworten.
- Ich bin darüber informiert, dass für die Konsultation in Form einer Tele-Konsultation neben dem vereinbarten Behandlungshonorar keine weiteren Kosten durch den Arzt an mich verrechnet werden. Es wird dabei das übliche Behandlungshonorar (siehe Preisliste der Homepage) durch den Arzt verrechnet.

3. Mein Einverständnis

Ich bin mir der besonderen Herausforderungen von Tele-Konsultationen bewusst und verstehe auch die Risiken in Bezug auf den dementsprechend geeignet zu wählenden Ort zwecks meiner persönlichen Sicherheit.

In Bezug auf die Risiken für meine Gesundheitsdaten und den Datenschutz ist mir bekannt, dass bei Telemedizinischer Konsultationen in Österreich durch den Software-Anbieter der Datenschutz entsprechend der DSGVO zu gewährleisten ist und dabei Berücksichtigung findet, dass Gesundheitsdaten (wie u.a. die übertragenen Behandlungsinformationen) besonders schützenswerte Datenkategorien entsprechend der DSGVO darstellen.

Diesbezüglich kenne ich die Datenschutzerklärung des verwendeten Software-Anbieters signal.org. und stimme dieser zu. Sollte es dennoch aus Gründen die in der vertraglichen bzw. gesetzlichen (DSGVO) Verantwortung des Software-Anbieters liegen zu Verletzungen des Datenschutzes (wie z.B. Datenverlust, Datenmissbrauch) kommen, ist der Software-Anbieter hierfür entsprechend verantwortlich.

Ich erteile weiters mein ausdrückliches Einverständnis zu folgenden Punkten:

- Es darf eine Erhebung von Vor- und Nachnamen, Sozialversicherungsnummer, Adresse, Telefonnummer, E-Mail und Geburtsdatum stattfinden sowie eine psychiatrisch-fachärztliche Dokumentation über den Behandlungsgrund und -verlauf erstellt werden (Befundbericht, der Ihnen auch mit einem Passwort verschlüsselt zugesendet wird). (Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung § 51 Ärztegesetz)
- Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung werden Aufzeichnungen/Dokumentationen, Rechnungen/Honorarnoten etc. bis 10 Jahre nach Ende der psychiatrisch-fachärztlichen Beratung /Behandlung gespeichert. Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten vernichtet. (§ 51 Ärztegesetz)
- Mit einer allfälligen Überweisung des Honorars scheint evt. ihr Name auf meinen und mein Name auf Ihren Kontoauszügen auf. Diese Information ergeht ggf. an den:die Steuerberater:in, welche:r ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. (Kontodaten siehe letzte Seite)
- Im Rahmen technischer Probleme kann es dazu kommen, dass ein:e IT-Techniker:in die Daten einsehen kann, diese:r wird zur Verschwiegenheit verpflichtet.
- Der Arzt unterliegt der Verschwiegenheit (Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht § 54 ÄrzteG). Die Verschwiegenheit erlischt u.a. bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung, siehe dazu den Gesetzestext.
- Ich werde gemäß den Bestimmungen des Ärztegesetzes umfassend über eine geplante Behandlung, deren Risiken, Alternativen und Folgen aufklären. (z.B. voraussichtlicher Beratungs-/Behandlungsablauf, wie Art, Umfang, geplanter Verlauf, Setting, Vertretungsregelung, die Behandlungsmöglichkeiten, die Kosten, die Gründe einer eventuell notwendigen Abänderung der geplanten Vorgangsweise, mögliche Risiken und Nebenwirkungen sowie die Wirkweise der Medikation und die eventuelle Notwendigkeit der

Aufnahme des persönlichen Kontaktes mit empfohlenem Behandlungspersonal und allfälligen weiteren notwendigen Schritte).

- Im Falle einer Notwendigkeit der weiteren, unmittelbaren und persönlichen Vorstellung /Behandlung stimme ich zu, die Rettung über 144 zu rufen und mich in das zuständige Krankenhaus transferieren zu lassen bzw. die telefonische Gesundheitsberatung 1450 für weitere Hilfe zu kontaktieren.
- Das Honorar ist bis spätestens 7 Tage vor dem vereinbarten Termin als Vorkasse per Überweisung zu leisten. (Kontodaten siehe letzte Seite)
- Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, kann dieser bis 24 Stunden vorher abgesagt werden, dann wird das gesamte Honorar auf die ursprüngliche Kontonummer zurück überwiesen. Erfolgt eine Absage weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, wird das volle Honorar in Rechnung gestellt.
- Die Tele-Konsultation erfolgt nach österreichischem Recht (als in Österreich in der Ärzteliste der Ärztekammer eingetragener Arzt), unabhängig davon, wo sie sich oder ich mich zum Zeitpunkt der Tele-Konsultation örtlich befinden.
- Die Tele-Konsultation findet per Signal-Programm (signal.org) statt, hierfür gebe ich eindeutig die Zustimmung.
- Datenschutzbestimmungen von signal.org: <https://support.signal.org/hc/de/articles/360007059412-Signal-und-die-Datenschutz-Grundverordnung-DSGVO>

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, mich selbständig über die aktuell geltenden Datenschutzbestimmungen des jetzt oder später individuell vereinbarten Mediums informiert zu haben und akzeptiere diese hiermit ausdrücklich.

- Aufnahmen jeglicher Art sind während des psychiatrisch-fachärztlichen Prozesses nicht gestattet.
- Mein Einverständnis kann für zukünftige Konsultationen jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum: _____

Hier ist nach Möglichkeit Platz für Ihre (evt. elektronische) Signatur / Unterschrift:

Mit freundlichen Grüßen – best regards

Dr. med. univ. Ing. Andreas Kabinger
Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
Arzt für Allgemeinmedizin
Herrngasse 21, 2700 Wiener Neustadt, Austria / Österreich
HP: www.praxis-kabinger.at | email: kontakt@praxis-kabinger.at
Tel: +43 / (0) 677 64 22 13 56 | FAX: +43 / (0)1 25 33 0 33 7700

Kontoinhaber: Andreas Kabinger, IBAN: IE62SUMU99036511890352
BIC: SUMUIE22XXX, Bank: SumUp Limited
Bitte bei Verwendungszweck den Nachnamen sowie Termindatum angeben