



Einwilligung zur Online-Ernährungsberatung via Zoom

Name Patient*in: _____

Email Patient*in: _____

1. Art und Ziel der Beratung

Die Beratung in der oben genannten Praxis kann unterstützend im Rahmen einer **Online-Ernährungsberatung über das Videokonferenz-Tool „Zoom“** erfolgen. Ziel ist die Unterstützung bei Fragen zu Ernährung, Prävention und Gesundheitsförderung. Es handelt sich nicht um eine ärztliche Behandlung oder Diagnosestellung. Bei gesundheitlichen Problemen und akuten Beschwerden ist weiterhin eine ärztliche Abklärung erforderlich.

2. Rahmenbedingungen der Online-Beratung

Voraussetzung ist ein stabiles Internet, Kamera und Mikrofon. Es kann zu technischen Störungen oder Unterbrechungen kommen. Der/die Patient*in sorgt für sich für eine ruhige bestenfalls störungsfreie Umgebung

3. Datenschutz & Vertraulichkeit

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden gemäß **DSGVO** vertraulich behandelt. Für die Online-Beratung wird die Plattform **Zoom** genutzt. Dabei werden Daten über externe Server verarbeitet. Etwaige datenschutzrechtliche Regelungen entnehme ich den Nutzungsrechten der jeweiligen Anbieter. Mir ist bewusst, dass Frau Oxana Ceylan dafür keine Haftung übernehmen kann. Eine **Aufzeichnung der Sitzung erfolgt nicht**.

4. Risiken & Grenze

Die Beratung via Zoom ist limitiert, so dass keine körperliche Untersuchung/Messung während der Beratung möglich ist. Nonverbale Signale können nur eingeschränkt wahrgenommen werden.

5. Honorar und Zahlung

Die Kosten der Beratung sind analog der Datei „Kostenvoranschlag Ernährungsberatung“. Den Kostenvoranschlag habe ich zur Kenntnis genommen.

6. Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich die Inhalte dieser Einwilligung gelesen, verstanden und alle offenen Fragen geklärt habe. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ernährungsberatung unter den genannten Bedingungen online via Zoom durchgeführt wird. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort / Datum: _____

Name und Unterschrift Patient*in: _____