Einverständniserklärung zur Videoaufnahme durch die Achilles Physiotherapie

_____

Bitte ausfüllen: Name und Anschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

Hiermit willige ich in die Videoaufnahme von Trainingsinhalten ein.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass das Training mittels akustischer und visueller Übertragung auf elektronischem Wege erfolgt bzw. aufgenommen wird. Hierzu benötige ich eine geeignete technische Ausstattung, die einen Bildschirm, eine Kamera, ein Mikrofon und einen Lautsprecher umfasst, wobei deren Funktionalitäten auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein können (z.B. in Smartphone, Notebook, Tablet). Die vorgenannte technische Ausstattung muss mir während der gesamten Dauer des Videotrainings uneingeschränkt zur Verfügung stehen und eine angemessene gegenseitige Kommunikation gewährleisten.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass das Training zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat.

Die Aufzeichnungen werden weiteren Teilnehmer zur Verfügung gestellt. Es wird nach Möglichkeit vermieden, dass Sie in den Aufzeichnungen zu sehen sind. Dies kann jedoch nicht garantiert werden.

Aufzeichnungen durch den Teilnehmer sind während des Trainings nicht gestattet.

Das Videotraining erfordert die Verarbeitung folgender Datenkategorien durch unsere Praxis: **Name, Anschrift, Telefonnummer, Rechnungsdaten, Bild- und Audiodaten sowie Verbindungsdaten (ggf. IP-Adresse, Datum der Verbindung, etc.)**

Die Verarbeitung der Daten erfolgt aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).
Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten ist:
Achilles Physiotherapie, Carolin Eisoldt & Florian Piper

Empfänger Ihrer Daten ist der Videodienst **Zoom und die Kursplattform Memberspot über die das Videotraining durchgeführt und gespeichert wird**. Soweit es uns möglich ist, gewährleisten wir sowohl die Datensicherheit als auch einen störungsfreien Ablauf der Sitzungen.

In Bezug auf den gewählten Videodienst haben wir eine datenschutzrechtlich geprüfte Variante ausgewählt, die sicherstellt, dass die Verbindung „End to End“ verschlüsselt, direkt und ohne

Zwischenserver stattfindet. Alle Metadaten werden entweder sofort nach Ende der jeweiligen Behandlung oder spätestens nach drei Monaten gelöscht und dürfen nur für die zur Durchführung des Videotrainings notwendigen Abläufe genutzt werden.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass das Training in diesem Falle nicht fortgesetzt werden kann.

Sollten Sie der Meinung sein, dass durch diese Einwilligung Ihre Rechte verletzt werden, haben Sie das Recht, sich bei Ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Die Kontaktadresse lautet:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-VorpommernSchloss Schwerin
Lennéstraße 1; 19053 Schwerin
Telefon: +49 385 59494 0 E-Mail: info@datenschutz-mv.de

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diesen Datenschutzhinweis zur Kenntnis genommen habe und mit der oben beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden bin.

_____ _____

Datum *Unterschrift des Teilnehmers*