



Martina Skrotzki | Heeserstr. 8 | 57072 Siegen

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde

-Ich bin darüber informiert, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde für mich und die Leistungserbringerin (d.h. meine Ärztin) freiwillig ist.

-Ich bin darüber informiert, dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat. Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.

-Ich erkläre, dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch meine Leistungserbringerin (d.h. meine Ärztin) einwillige.

-Ich versichere, keinerlei Aufzeichnungen jedweder Art von der Videosprechstunde durchzuführen oder durchführen zu lassen.

-Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen bei meiner Leistungserbringerin widerrufen kann.

-Die Einladung zur Videosprechstunde erfolgt per email oder SMS. Auf diesem Weg werden der Termin für die Videosprechstunde, ein Link für den Web-Browser und die Zugangsdaten übermittelt. Benötigt wird ein PC/Laptop/Tablet (mit aktivierter Kamera, Mikrofon und Lautsprecher) oder ein Smartphone. Weiterhin muss eine stabile Verbindung ins Internet bestehen.

Ich wünsche die Einladung

per email (für die Durchführung der Videosprechstunde am PC/Laptop/Tablet)

email-Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten