



Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde

.....
Name, Vorname

.....
Geb.-Datum

.....
Straße, Hausnr.

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail

.....
Mobil

- Die Praxis Dr. Scherf & Kollegen hat mich über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde darüber informiert, dass während der Videosprechstunde durch die Software CGM ELVI keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte (Bild- und/oder Ton) während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.
- Ich bin darüber informiert, dass zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen hat.
- Mir ist bewusst, dass für die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes eine ruhige Umgebung notwendig ist.

Die Genehmigung zur Teilnahme an der Videosprechstunde kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters