

Einverständniserklärung Videosprechstunde

Name, Vorname des Patienten

E-Mail oder Handynummer

- Die Praxis Miriam Fazel hat mich über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde darüber informiert, dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und für eine angemessene Privatsphäre in geschlossenen Räumen stattzufinden hat. Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass während der Videosprechstunde durch die Software Quincy Win keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert oder weiterbearbeitet werden.
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen. Belehrung über das Widerrufsrecht: Sie können Ihre Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft bei Ihrem Arzt schriftlich widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift