

Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde

Vor- und Nachname

Email

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausreichend über den Ablauf einer Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis informiert wurde.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde aus Datenschutzgründen und zur Sicherung des störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- alle im Raum anwesenden Personen zu Beginn der Videosprechstunde vorgestellt werden.
- während der Videosprechstunde keine Bild- und/oder Tonaufzeichnungen gemacht werden.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE vorliegen.

Belehrung und Widerrufsrecht

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE freiwillig ist.
- die Nutzung der dafür benötigten Software für mich unentgeltlich ist.
- ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.
- hierfür eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend ist.
- die Einwilligungserklärung in der Hausärzte Praxis Kupferdreh aufbewahrt wird.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und dass ich die Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift