

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

CGM ELVI

Elektronische Videosprechstunde

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde mit CGM ELVI

- Meine Ärztin Dr. Ulrike Hackenberg hat mich über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde 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.
- Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass während der Videosprechstunde durch die Software CGM ELVI keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.

Belehrung über das Widerrufsrecht

Sie können Ihre Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Ärztin schriftlich oder zur Niederschrift ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift