Hausarztpraxis
Dr. med. Jasmin Pfenninger

Saarstraße 1
91710 Gunzenhausen
Tel.: 09831/2482
www.hausarztpraxis-gun.de

Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer Videosprechstunde

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Freiwilligkeit & Widerruf: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beratung/Behandlung auf Wunsch auch in Form einer Videosprechstunde durchgeführt wird. Die Teilnahme ist für mich **freiwillig**. Ich kann diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis widerrufen.

Datenschutz: Ich willige ein, dass meine für die Videosprechstunde notwendigen Daten (Name, E-Mail-Adresse, Termindaten) sowie meine Gesundheitsdaten von der Praxis und dem zertifizierten Videodienstanbieter (Name des Anbieters: Sprechstunde.online) zum Zweck der Durchführung und Dokumentation verarbeitet werden.

Verhalten während der Übertragung: Ich verpflichte mich, die Videosprechstunde in einem **geschlossenen, ruhigen Raum** durchzuführen, um die Privatsphäre zu wahren. Ich werde zu Beginn alle weiteren im Raum anwesenden Personen vorstellen. **Bild- und Tonaufzeichnungen sind strengstens untersagt.**

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient o. gesetzl. Vertreter