

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
BSNR (von der Praxis auszufüllen)	LANR (von der Praxis auszufüllen)	



# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER VIDEOSPRECHSTUNDE

- Ich willige hiermit in die Konsultation durch den Arzt/die Ärztin mittels CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE ein und versichere, soweit möglich, folgende Rahmenbedingungen für die Durchführung einer störungsfreien Videosprechstunde zu erfüllen:
- geschlossener Raum
  - Ruhe
  - geeignete Technik (sicherer und schneller Internetzugang)
  - gute Lichtverhältnisse

Sind die Bedingungen nicht geeignet, kann mein Arzt/meine Ärztin die Videosprechstunde abbrechen.

- Mein Arzt/Meine Ärztin hat mich über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde darüber informiert, dass während der Videosprechstunde durch die Software CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.

## Belehrung über das Widerrufsrecht

Ich kann meine Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei meinem Arzt/meiner Ärztin schriftlich oder zur Niederschrift ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass mir hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift