

Name, Vorname	
geb. am	
Straße, PLZ, Wohnort	
e-mail	

Bitte in Druckbuchstaben (leserlich) ausfüllen! Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Vereinbarung und Einwilligung zur Videosprechstunde der Familienpraxis Weissensee

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Videosprechstunde.

Ich verpflichte mich, folgende Regelungen einzuhalten:

1. Die Videosprechstunde muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten. In der Regel ist dies eine Räumlichkeit in der Wohnung der Patientin bzw. des Patienten. Eventuell im Raum befindliche Teilnehmer (z.B. Ehepartner oder Angehörige) sind zu Beginn vorzustellen.
2. Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen - wie eine normale Sprechstunde auch.
3. Es ist untersagt, die Videosprechstunde aufzuzeichnen.
4. Sollte die elektronische Gesundheitskarte (eGK) im laufenden Quartal noch nicht in der Praxis eingeleesen worden sein, ist dies bis spätestens zum Quartalsende nachzuholen.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Berlin, den _____

Unterschrift Patient/-in
bei Kindern: Sorgeberechtigte/r