

# Einwilligungserklärung

Schriftliche Einwilligung zur Videosprechstunde durch den Patienten.

Der Patient willigt hiermit zur Behandlung durch den Facharzt mittels Videosprechstunde ein und bestätigt, dass er bereits in der Praxis des Facharztes behandelt worden ist.

Er versichert für die Videosprechstunde soweit möglich folgende Rahmenbedingungen für eine störungsfreie Videosprechstunde zu erfüllen:

- Geschlossener Raum
- Ruhe
- geeignete Technik (sicherer und schneller Internetzugang)
- gute Lichtverhältnisse

Sind die Bedingungen nicht geeignet kann der Facharzt er die Videosprechstunde abrechnen.

Facharzt: -----

Name Patient: -----

Dem Patient wird durch die Arztpraxis ein Zugangscode je Videosprechstunde mitgeteilt.

-----

Datum

-----

Unterschrift des Patienten

Hinweis:

Diese Einwilligungserklärung wird in der Arztpraxis des Facharztes aufbewahrt.