



*Dr. med. Renata Weisdorn*

*Derner Str. 73*

*44532 Lünen*

*Tel.: 02306-47471 Fax: 02306-943104*

*www.praxisweisdorn.de*

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum des Patienten:

Handynummer:

E-Mail-Adresse:

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde mit CLICK DOC

- Meine Ärztin Dr. Renata Weisdorn 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 Ablaufs 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 CLICK DOC keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunden 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**