



## Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Video-Sprechstunde

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Mobil-Tel: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, die Video-Sprechstunde mit Frau Petra Horstmann zu nutzen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist es verboten, das Gespräch aufzuzeichnen oder zu filmen – Verstöße dagegen können strafrechtlich verfolgt werden. Das Gespräch unterliegt wie bei der herkömmlichen Sprechstunde der ärztlichen Schweigepflicht.

Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter (hier: TheraPsy Connect oder Red Medical Connect) der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss (z. B. Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, Peer-to-Peer-Verbindung). Damit ist gewährleistet, dass eine datenverschlüsselte Videoverbindung zwischen Ihnen und Frau Horstmann aufgebaut wird und niemand anders mit hört/ mit sieht. (Wobei ich anmerken möchte, dass niemand für eine 100%-tige Sicherheit im Netz garantieren kann.)

Die Abrechnung der Video-Sprechstunde erfolgt analog zu den Konditionen für Präsenztermine.

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_