

**Praxis für Psychotherapie, Coaching & Seminare**

**Dr. Martina Offermanns**

**Schneiderstraße 50**

**47798 Krefeld**

**info@praxis-offermanns.de**

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

**Einwilligung Videositzung**

Ich stimme der Möglichkeit einer Videosprechstunde über arztkonsultation.de zu. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass diese Form der Kommunikation unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen mit einem von der KV zertifizierten Programm durchgeführt wird. Weitere Informationen zum konkreten Handling/Prozess werden mir bei Bedarf per email zugeschickt.

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Mir ist bewusst, dass bei email-Verkehr die Datensicherheit nicht gesichert werden kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit aufgehoben werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/in

Ihre schriftliche Bestätigung ist nach § 73 Abs. 1b des SGB V notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

