

Datenschutz-Einwilligung zur Videosprechstunde

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Handynummer (wir benötigen beide Nummern!):

Festnetznummer (wir benötigen beide Nummern!):

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Teilnahme an einer Video-Sprechstunde mit der Praxis Dr. Kracke einverstanden bin.

Das in der Video-Sprechstunde geführte Gespräch ist vertraulich und darf von keiner Seite mitgeschnitten, gefilmt oder fotografiert werden.

Für Vertraulichkeit während des Gespräches habe ich eine entsprechende Umgebung herzustellen.

Datum:

Unterschrift: