

--

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



### **Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde mit CGM ELVI**

- Mein Arzt hat mich über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
  
- Ich wurde darüber informiert, dass während der Videosprechstunde keine Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.
  
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.

#### **Belehrung über das Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrem Arzt schriftlich oder zur Niederschrift ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift