

Anmeldeformular – Video- und Telefonsprechstunde

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

E-Mail (wichtig für Zugangscodes Videosprechstunde)

Krankenkasse

Versichertennummer

- Mitglied
- Familienversichert
- Rentner

Terminwünsche:

1. Datum: _____ Zeitraum: _____

2. Datum: _____ Zeitraum: _____

3. Datum: _____ Zeitraum: _____

Sie erhalten eine E-Mail, falls einer der o.g. Termine noch frei ist. Ansonsten werden wir mit Ihnen telefonisch einen Termin ausmachen.

Unsere Arztpraxis bietet die ärztliche Dienstleistung „Videosprechstunde“ über das Portal www.viomedi.de an. Als technische Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Videosprechstunde wird ein Endgerät mit folgender Ausstattung benötigt:

- Kamera
- Mikrofon
- Aktueller Internetbrowser (bevorzugt Google Chrome; Mozilla Firefox; Safari)
- Internet mit mindestens 2000er Leitung

Die Videosprechstunde selbst läuft direkt über den Browser innerhalb einer gesicherten – von Dritten nicht einseharen Verbindung ab. Installationen oder besondere PC-Kenntnisse sind nicht erforderlich.

Anbieter der Videosprechstunde ist unser Partnerunternehmen
Facharzt-Sofort-GmbH
Straubinger Str. 19
94363 Oberschneiding

Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/impresum>.

Die Datenschutzerklärung der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/datenschutz>.

Zur Durchführung der Videosprechstunde werden folgende Daten an die Facharzt-Sofort-GmbH übertragen:

- Praxis und Arztname
- Patientenvor- und Nachname
- Ggf. E-Mailadresse oder Handynummer zur Übersendung der Zugangsdaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, die Videosprechstunde unter den genannten Rahmenbedingungen nutzen zu wollen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben